16311/B
J XXVI. Bns

42600

Lehrbuch

der

Geburtskunde.

Ein Leitfaden

bei

akademischen Vorlesungen und bei dem Studium des Faches

von

Dr. Dietr. Wilh. Heinr. Busch,

ord. Professor der Medicin an der Königl. Friedrich-Wilhelms Universität zu Berlin, Director des klinischen Instituts für Geburtshülfe, mehrerer gelehrten Gesellschaften Mitgliede.

Marburg,

Verlag von Chr. Garthe

1829.

WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

Vorrede.

Das Lehrbuch der Geburtskunde ist ein Versuch, die Lehren dieses Faches mit einiger Vollständigkeit in einem Bande vereinigt und in einer Anordnung darzustellen, welche dasselbe als bequemen Leitfaden bei academischen Vorlesungen und bei dem Selbsstudium benutzen lässt.

Die anatomischen und physiologischen Lehren, welche als bekannt vorausgesetzt werden können, wenn man zu dem Studium der Geburtskunde übergeht, sind nur kurz angedeutet, um als Anlehnungspunkte zu dienen. Ausführlicher ist die Pathologie und Therapeutik der Geburtskunde behandelt: doch bin ich hier von der gewohnten Ordnung so bedeutend abgewichen, dass es nöthig ist, mich hierüber zu äussern. Es war nämlich meine Absicht, die krankhaften Zustände in der bisher üblichen Ordnung abzuhandeln, so dass die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett die Hauptabtheilungen abgeben: allein ich fand bald, dass dieses zu zahlreichen Wiederholungen Veranlassung gab, da viele krankhafte Zustände jeder dieser Perioden angehören. Daher zog ich es vor, zwei Klassen sämmtlicher krankhaften Zustände als Hauptabtheilungen anzunehmen, so dass in der ersten

Klasse die dynamischen, und in der zweiten Klasse die organischen und mechanischen krankhaften Zustände betrachtet werden, und bei jedem einzelnen krankhaften Zustande das Vorkommen desselben während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbette angeführt wird.

Die Technik der Geburtskunde habe ich in keine Unterabtheilungen getheilt, als dass die einzelnen Gegenstände in Kapiteln auf einander folgen.

Zur Raumersparniss ist die Literatur, mit fortlaufenden Nummern versehen, am Ende des Werkes angefügt, um zu den einzelnen Gegenständen durch Anführung der Nummer citirt werden zu können.

Meinen hochverehrten Collegen, welche mich bei der Abfassung des Lehrbuches mit ihrem Rathe unterstützt haben, insbesondere den Herrn Kluge in Berlin, Mende in Göttingen, d'Outrepont in Würzburg und Ritgen in Giessen, statte ich hierdurch meinen verbindlichsten Dank ab, und bitte mich auch ferner auf nöthige Verbesserungen desselben aufmerksam zu machen.

Die wegen der Entfernung des Druckortes eingeschlichenen Druckfehler bitte ich nach dem angefügten Verzeichniss zu verbessern.

Berlin, im September 1829.

Busch.

Inhalt.

Seite.

Einleitung - - - - - - - - - - - - 1

Erste Abtheilung.

Propädeutik der Geburtskunde.

Von dem Weibe und dessen Fortpflanzungsorganen - - 22

Erstes Kapitel.

Von dem Weibe im Allgemeinen und dem mannbaren Weibe im Besonderen - - - - - - - - 22

Zweites Kapitel.

Von dem weiblichen Becken im regelmässigen Zustande - 29

Drittes Kapitel.

Von den weichen Fortpflanzungsorganen des Weibes - 39

Zweite Abtheilung.

Physiologie und Diätetik der Geburtskunde - - - 47

Erster Abschnitt.

Von der regelmässigen Schwangerschaft und deren Behandlung 47

Erstes Kapitel.

Von der Schwangerschaft im Allgemeinen - - - - 47

Zweites Kapitel.

Von den Veränderungen in dem weiblichen Körper während der regelmässigen Schwangerschaft - - - - 50
I. Von dem allgemeinen Befinden der Schwangeren - - 51
II. Von den Veränderungen der weiblichen Geschlechtstheile während der Schwangerschaft - - - - - 53

Drittes Kapitel.

Von der Zeichenlehre der regelmässigen Schwangerschaft - 61
I. Diagnose der einfachen regelmässigen Schwangerschaft - 62
II. Diagnose der mehrfachen Schwangerschaft - - 65
III. Diagnose der ersten und wiederholten Schwangerschaft 66
IV. Diagnose des Geschlechtes des Kindes - - - - 68

Seite.
V. Diagnose des Lebens und Todes des Kindes - - - 68
VI. Von der Zeitrechnung der Schwangerschaft - - 69

Viertes Kapitel.

Von der menschlichen Frucht - - - - - - 71
I. Von den Eihäuten - - - - - - - 71
II. Von dem Mutterkuchen - - - - - - 74
III. Von der Nabelschnur - - - - - - 76
IV. Von dem Fruchtwasser - - - - - - 78
V. Von der menschlichen Frucht - - - - - 79

Fünftes Kapitel.

Von dem Verhalten des Weibes in der regelmässigen Schwangerschaft - - - - - - - - - - 84

Zweiter Abschnitt.

Von der regelmässigen Geburt und deren Behandlung - - 89

Erstes Kapitel.

Von der Geburt im Allgemeinen - - - - - 89

Zweites Kapitel.

Von dem Verlaufe und den Erscheinungen der regelmässigen Geburt - - - - - - - - - - 93

Drittes Kapitel.

Von der regelmässigen Geburt und ihrer Eintheilung nach der Aeusserung der Wehenthätigkeit und der Lage der Frucht - - - - - - - - - 105

Viertes Kapitel.

Von der allgemein regelmässigen Kopfgeburt und deren Behandlung - - - - - - - - - 110
Erste Art der Kopfgeburt - - - - - - - 110
Zweite Art der Kopfgeburt - - - - - - 113

Fünftes Kapitel.

Von der bedingt regelmässigen Kopfgeburt - - - - 130
I. Dritte und vierte Art der gemeinen Kopfgeburt - - 130
II. Scheitelgeburt - - - - - - - 134
III. Stirngeburt - - - - - - - - 135
IV. Gesichtsgeburt - - - - - - 136

Sechstes Kapitel.

Von der bedingt regelmässigen Geburt mit vorliegendem unterem Theile des kindlichen Körpers - - - - 142
I. Von der Steissgeburt - - - - - - 143
II. Von der Kniegeburt - - - - - - 148
III. Von der Fussgeburt - - - - - - 149

Siebentes Kapitel.

Von der Zwillingsgeburt - - - - - - - 153

Seite.

Dritter Abschnitt.

Von dem regelmässigen Verlaufe des Wochenbettes und dessen Behandlung - - - - - - - 157

Erstes Kapitel.

Von dem Wochenbette im regelmässigen Zustande - - 157

Zweites Kapitel.

Von der Behandlung der Wöchnerin und des neugebornen Kindes - - - - - - - - 164
I. Von der Behandlung der Wöchnerin - - - 164
II. Von der Behandlung des neugebornen Kindes - - 171

Dritte Abtheilung.

Pathologie und Therapeutik der Geburtskunde - - 175

Erste Klasse.

Von den dynamischen krankhaften Zuständen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, und deren Behandlung - - - - - - - - 176

Erster Abschnitt.

Von den dynamischen krankhaften Zuständen des mütterlichen Körpers im Allgemeinen - - - - - 176

Erstes Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen in den Bewegungsorganen 176
1) Uebermässige Kraft des weiblichen Körpers - - 176
2) Allgemeine Schwäche des Körpers - - - 178
3) Convulsionen - - - - - - 180

Zweites Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen der Empfindungsorgane - 192
1) Allgemeine krankhafte Empfindlichkeit des Körpers - 192
2) Oertliche Schmerzen - - - - - 195
3) Ohnmachten - - - - - - 198

Drittes Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen der Verdauungsorgane - 202
1) Erbrechen - - - - - - - 202
2) Stuhlverhaltung - - - - - - 207
3) Diarrhöen - - - - - - - 209
4) Kolikschmerzen - - - - - - 210

Viertes Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen in den Respirationsorganen 211
1) Asthma - - - - - - - 211
2) Husten - - - - - - - - 213

Fünftes Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen in den Absonderungsorganen 215
1) Störung der Harnentleerung - - - - 215
2) Oedematöse Anschwellungen - - - - 220

Seite.

Sechstes Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen in dem Gefässsysteme - 222
1. Allgemeine Vollblütigkeit und Congestionen - - 222
2. Blutflüsse - - - - - - - - - 22
a) Nasenbluten - - - - - - - - 224
b) Bluthusten - - - - - - - - - 224
c) Blutbrechen - - - - - - - - 225
3. Entzündungen und Fieber - - - - - - 226
6

Zweiter Abschnitt.

Von den dynamischen krankhaften Zuständen der Geschlechtsorgane - - - - - - - - - - - - 227

Erstes Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen der Bewegungsthätigkeit der Geschlechtsorgane - - - - - - - - - 227
1. Uebermässige Stärke der Bewegungsthätigkeit des Uterus 228
2. Wehenschwäche der Muskelfaser der Gebärmutter - 234
a) Wahre Schwäche des Uterus - - - - - - 234
b) Erschöpfung der Wehenthätigkeit - - - - 243
3. Krampf des Uterus - - - - - - - - 245
4. Rheumatismus der Gebärmutter - - - - - 254

Zweites Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen der Empfindungsthätigkeit der Geschlechtsorgane - - - - - - - - 258
1. Gesteigerte Sensibilität der Gebärmutter - - 258
2. Gesunkene Sensibilität der Gebärmutter - - 262

Drittes Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen des Gefässystemes in den Geschlechtstheilen - - - - - - - - 263
1. Vollblütigkeit und Congestionen der Gebärmutter - 263
2. Entzündung der Geschlechtstheile - - - - 265
a) Entzündung der Gebärmutter - - - - - 265
b) Entzündung der äusseren Geschlechtstheile - - 269
c) Entzündung der Brüste - - - - - - - 269
d) Entzündung und Wundseyn der Brustwarzen - - 272
3. Putrescenz der Gebärmutter - - - - - - 274
4. Blutflüsse aus den Geschlechtstheilen - - - - 277
A. Blutflüsse während der Schwangerschaft - - - 277
a) Blutflüsse von fortdauernder Menstruation - - 277
b) Blutflüsse aus geborstenen Blutaderknoten der Mutterscheide - - - - - - - - - 278
c) Blutflüsse von theilweiser Lösung des Eies oder der Placenta - - - - - - - - - 278
B. Blutflüsse während der Geburt - - - - - 281
a) Blutflüsse von partieller Lösung der Placenta - 282
b) Blutflüsse aus einem geborstenen Varix - - - 283
c) Blutflüsse in der fünften Geburtsperiode - - 283
C. Blutflüsse nach der Geburt - - - - - - 283
I. Blutflüsse aus der Gebärmutter - - - - 283
a) Blutfluss aus Vollblütigkeit - - - - 285

Seite.
b) Blutfluss aus Atonie der Gebärmutter - - 285
c) Blutfluss aus Krampf der Gebärmutter - - 288
d) Blutfluss aus den Gefässen des Mutterhalses - 289
e) Blutfluss aus einer Verletzung des Mutterhalses - 290
II. Blutflüsse aus der Mutterscheide - - - - 291
a) Blutfluss aus einem geborstenen Varix - - 291
b) Blutfluss aus einem Mutterscheidenriss - - 292
III. Blutfluss aus einem bedeutenden Dammrisse - 292

Viertes Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen der Absonderungsorgane in den Geschlechtstheilen - - - - - - 293
1. Wassersucht der Gebärmutter - - - - - - 293
2. Zu grosse Menge des Fruchtwassers - - - - 295
3. Zu geringe Menge des Fruchtwassers - - - - 297
4. Trockenheit der Mutterscheide - - - - - 298
5. Krankhafte Beschaffenheit der Lactation - - 299
a) Zu starke und zu frühe Absonderung der Milch - 299
b) Zu geringe Absonderung der Milch - - - 300
c) Uebele Beschaffenheit der Milch - - - 301
d) Gestörte Milchausleerung - - - - - 301
e) Krankhaft vermehrte Ausleerung der Milch - - 302
6. Krankhafte Beschaffenheit der Hautthätigkeit - - 302
a) Zu starke Hautsecretion - - - - - 302
b) Zu geringe Hautsecretion - - - - - 303
7. Krankhafte Beschaffenheit des Lochienflusses - - 304
a) Zu starke Lochienausscheidung - - - - 304
b) Zu schwache Lochienausscheidung - - - - 305
c) Regelwidrige Qualität des Lochienflusses - - 306

Dritter Abschnitt.

Von dynamischen krankhaften Zuständen der Frucht - - 307
1. Regelwidrige Bewegung des Kindes - - - - 307
a) Zu starke Bewegung des Kindes - - - - 307
b) Zu schwache Bewegung des Kindes - - - - 308
2. Unvollkommenes Athmen des Kindes vor der Geburt - 308
3. Scheintod der Neugeborenen - - - - - 310
a) Suffocatorischer Scheintod - - - - 311
b) Apoplectischer Scheintod - - - - - 311
c) Nervöser Scheintod - - - - - - 312
4. Tod des Kindes - - - - - - - - 314
5. Gelbsucht der Neugeborenen - - - - - 316
6. Schwämmchen der Neugeborenen - - - - 318
7. Augenentzündung der Neugeborenen - - - - 319
8. Nabelgeschwüre der Neugeborenen - - - - 321

Zweite Klasse.

Von den organischen krankhaften Zuständen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes und deren Behandlung - - - - - - - - - 322

Erster Abschnitt.

Von den organischen krankhaften Zuständen des weiblichen Körpers im Allgemeinen - - - - - - - 322

Seite.

Erstes Kapitel.

Von der allgemeinen Verbildung des weiblichen Körpers - 322
1. Unvollkommene Entwickelung des weiblichen Körpers überhaupt - - - - - - - - - 323
2. Männlicher Habitus des Weibes - - - - - 325
3. Torpide Constitution des Weibes - - - - - 327
4. Vorgerücktes Alter des Weibes - - - - - 328
5. Verkrüppelter Körperbau - - - - - - - 329

Zweites Kapitel.

Von einigen örtlichen organischen krankhaften Zuständen - 330
1. Brüche und Vorfälle - - - - - - - - 330
2. Puls- und Blutaderknoten - - - - - - - 331
3. Blasensteine - - - - - - - - - 331
4. Knochenbrüche und Verletzungen - - - - - 332

Zweiter Abschnitt.

Von den organischen krankhaften Zuständen der Geschlechtsorgane - - - - - - - - - - - 333

Erstes Kapitel.

Von dem regelwidrigen Becken - - - - - - 333
1. Das allgemein zu weite Becken - - - - - 334
2. Das theilweise zu grosse Becken - - - - - 335
3. Das für sich zu kleine Becken - - - - - 337
4. Das durch Verhältnisse zu enge Becken - - - 339
5. Das rhachitische Becken - - - - - - 339
6. Das osteomalacische Becken - - - - - - 343
7. Knochenwucherung des Beckens - - - - - 345
8. Knochengeschwüre und Luxationen durch innere Bedingungen - - - - - - - - - - - 346
9. Knochenbrüche des Beckens - - - - - - 347
10. Die regelwidrige Neigung des Beckens - - - - 349
11. Die Regelwidrigkeit der Gelenkverbindungen des Beckens 350
12. Die Verrenkung des Steissbeins - - - - - - 351

Zweites Kapitel

Von den organischen krankhaften Zuständen der Gebärmutter 352
1. Schiefheit der Gebärmutter - - - - - - 352
2. Schieflagen der Gebärmutter - - - - - - 353
3. Vorfälle der Gebärmutter - - - - - - 354
a) Vorfall der Gebärmutter - - - - - - 355
b) Vorwärtsbeugung der Gebärmutter - - - - 358
c) Rückwärtsbeugung der Gebärmutter - - - - 359
d) Umstülpung der Gebärmutter - - - - - 361
4. Bruch der schwangeren Gebärmutter - - - - 364
5. Verengerung des Muttermundes - - - - - 366
6. Verwachsung des Muttermundes - - - - - 367
7. Geschwülste und Polypen der Gebärmutter - - 368
8. Geschwüre der Gebärmutter - - - - - - 369
9. Zerreissung der Gebärmutter - - - - - 370

Seite.

Drittes Kapitel.

Von den organischen krankhaften Zuständen der Mutterscheide und der äusseren Geschlechtstheile - - - 374
1. Verengerung und Verschliessung der Mutterscheide - 374
2. Geschwülste in der Mutterscheide - - - - - 376
3. Vorfall und Bruch der Mutterscheide - - - - 377
4. Puls- und Blutadergeschwülste in der Scheide und an den Schamlippen - - - - - - - - - 378
5. Verengerung und Verschliessung der Schamspalte - 380
6 Zerreissung der Mutterscheide - - - - - - 383
7. Zerreissung des Mittelfleisches - - - - - 385

Viertes Kapitel.

Von den organischen krankhaften Zuständen der Brüste und der Brustwarzen - - - - - - - - - 389
1. Missbildung der Brüste - - - - - - - - 389
2. Missbildung der Brustwarzen - - - - - - - 389

Dritter Abschnitt.

Von den organischen krankhaften Zuständen der Frucht - 391

Erstes Kapitel.

Von den organischen krankhaften Zuständen der Frucht im Allgemeinen - - - - - - - - - - 391
I. Von der Molenschwangerschaft und Geburt - - 391
II. Von der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter 394
III. Von der Frühgeburt - - - - - - - - 401
IV. Von der Spätgeburt - - - - - - - - 409

Zweites Kapitel.

Von den organischen krankhaften Zuständen des Kindes - 411
I. Abweichende Grösse des Kindes - - - - - - 411
1. Uebermässige Grösse des Kindes - - - - - 411
2 Regelwidrige Kleinheit des Kindes - - - - 414
II. Abweichende Form des Kindes - - - - - 414
1. Monstrosität des Kindes - - - - - 414
2 Angeborene Wassersucht des Kindes - - - 418
a) Angeborener Wasserkopf - - - - 418
b) Angeborene Bauchwassersucht - - - - 419
3. Einige angeborene Bildungsfehler des Kindes - - 420
a) Fehler des Zungenbändchens - - - - - 420
b) Atresie der Harnröhre - - - - - - 420
c) Atresie der Aftermündung - - - - - 421
4. Die Kopfgeschwulst des Kindes - - - - - 421
5 Die Verschiebung der Schädelknochen - - - 422
6. Die Blutkopfgeschwulst - - - - - - - 422
III. Regelwidrige Stellung und Lage des Kindes - - 424
A Regelwidrige Stellung des Kindes - - - - - 424
1. Kopflage mit gleichzeitig vorliegendem Arme - - 425
2. Kopflage mit vorliegenden oberen und unteren Extremitäten - - - - - - - - - 426
3 Untere Extremitäten neben dem Steisse vorliegend - 427
B. Von den regelwidrigen Lagen des Kindes - - 427

Seite.

1. Seitenbrust- und Schulterlagen - - - - - - 432
2. Brustlage mit vorliegender hinteren Fläche der Brust 435
3. Brustlage mit vorliegender vorderen Fläche der Brust 435
4. Bauchlage mit vorliegender hinteren Fläche - - 435
5. Bauchlage mit vorliegender Seitenfläche des Bauches 436
6. Bauchlage mit vorliegender vorderen Fläche des Bauches - - - - - - - - - - - - 436
7. Hüft- und Beckenlagen - - - - - - - - 437

Drittes Kapitel.

Von den organischen krankhaften Zuständen der Theile des Eies - - - - - - - - - - 446
I. Regelwidrige Beschaffenheit der Eihäute - - - 446
1. Zu dünne Eihäute - - - - - - - - - - 446
2. Regelwidrige Festigkeit der Eihäute - - - - 447
3. Regelwidrige Befestigung der Eihäute - - - 449
II. Regelwidrige Beschaffenheit der Nabelschnur - - 449
1. Mangel der Nabelschnur - - - - - - 449
2. Kürze der Nabelschnur - - - - - - - 450
3. Zu grosse Länge der Nabelschnur - - - - 450
4. Umschlingung der Nabelschnur - - - - - 450
5. Knoten der Nabelschnur - - - - - - - 453
6. Vorfall der Nabelschnur - - - - - - - 453
7. Zerreissung der Nabelschnur - - - - - - 455
III. Regelwidriges Verhalten der Placenta - - - - 456
A. Regelwidriges Verhalten der Placenta vor der Ausschliessung des Kindes - - - - - - - - 456
1. Theilweise Lösung der Placenta während der Geburt 456
2. Sitz der Placenta auf dem Muttermunde - - - 457
B. Regelwidriges Verhalten der Placenta in der fünften Geburtsperiode - - - - - - - - - 464
1. Feste Verbindung der Placenta mit der Gebärmutter 464
2. Nachgeburtszögerung bei theilweiser Lösung der Placenta - - - - - - - - - - - 468
3. Trennung der Placenta und Zurückbleiben eines Theiles derselben - - - - - - - - - 471

Vierte Abtheilung.

Technik der Geburtskunde oder die Lehre von den geburtshülflichen Operationen - - - - - - - - - 473

Erstes Kapitel.

Von den geburtshülflichen Operationen im Allgemeinen - 473

Zweites Kapitel.

Von der geburtshülflichen Untersuchung - - - - 478
I. Von der Untersuchung durch das Gesicht - - - 482
II. Von der Untersuchung durch das Gehör - - - 484
III. Von der Untersuchung durch das Gefühl - - - 485
1. Die äussere Untersuchung - - - - - - 486
2. Die innere Untersuchung - - - - - - 488
IV. Von der Instrumentaluntersuchung - - - - - 497

Drittes Kapitel.

Von der künstlichen Eröffnung der Eihäute - - - - 509

Viertes Kapitel.

Von der künstlichen Frühgeburt - - - - - - - 515

Fünftes Kapitel.

Von der Wendung - - - - - - - - - 522
I. Von der Wendung durch die Lage der Kreissenden und äussere Mittel bewirkt - - - - - - - - 528
II. Von der Wendung auf den Kopf - - - - - 529
1. Wendung auf den Kopf durch Einleitung desselben in den Beckeneingang mittelst innerer Handgriffe - 531
2. Wendung auf den Kopf durch Aufrichtung des unteren Theiles des Rumpfes mittelst innerer Handgriffe 534
3. Wendung auf den Kopf durch Anwendung des Hebels 535
III. Von der Wendung auf den Steiss - - - - - 536
IV. Von der Wendung auf die Füsse - - - - - 537
A. Wendung auf die Füsse als Lageverbesserungsact - 541
1. Wendung auf die Füsse vor dem Blasensprunge - 541
2. Wendung auf die Füsse nach abgeflossenem Fruchtwasser - - - - - - - - - - 548
B. Wendung auf die Füsse als Beschleunigungsact der Geburt. - - - - - - - - - - 558

Seehstes Kapitel.

Von der gewaltsamen Entbindung - - - - - 567

Siebentes Kapitel.

Von der künstlichen Beförderung der Steissgeburt - - 571

Achtes Kapitel.

Von der künstlichen Fuss- und Kniegeburt - - - - 574

Neuntes Kapitel.

Von der Zangenoperation - - - - - - - - 574

Zehntes Kapitel.

Von der Anwendung des Hebels - - - - - - - 591

Eilftes Kapitel.

Von der Verkleinerung des Kindes durch scharfe Instrumente 592
I. Von der Perforation - - - - - - - - - 593
II. Von der Embryotomie - - - - - - - - 602

Zwölftes Kapitel.

Von dem Bauch- und Gebärmutterschnitte - - - - - 606
I. Von dem Bauchschnitte - - - - - - - - 607
1. Eröffnung der Bauchhöhle durch die Mutterscheide - 608
2. Eröffnung der Bauchhöhle durch die Bauchwandung - 610
II. Von dem Gebärmutterschnitte - - - - - - 611
III. Von dem Gebärmutterschnitte durch die Mutterscheide 625

Seite.

Dreizehntes Kapitel

Von dem Schamfugenschnitte - - - - - - - 626

Vierzehntes Kapitel.

Von den Nachgeburtsoperationen - - - - - - - 631
I. Verfahren bei der Abschälung der regelwidrig festsitzenden Placenta - - - - - - - - - - - 637
II. Verfahren bei der Einsperrung der Placenta - - 639
III. Verfahren bei zurückgebliebenen Stücken der Placenta 640
Literatur- - - - - - - - - - - - - 643

Druckfehler.

S. 20. Z. 2. v. u. l. genauer st. genauen.
— 33. — 14. v. o. l. Apertur st. Aperatur.
— 37. — 18. v. o. l. Osteomalacie st. Ostermalacia.
— 40. — 8. v. o. l. Fett st. Fell.
— 48. — 6. v. o. l. ernährt st. erhärt.
— 48. — 11. v. o. l. Gebärmutter st. Gebürmutter.
— 134. — 1. v. o. l. gerichtetem st. gerichteten
— 140. — 19. v. o. l. beschäftigtsten st. beschäftigsten.
— 143. — 11. v. u. l. setzt st. setzte.
— 144. — 8. v. o. l noch st. nach.
— 152. — 1. v. u. vor welche setze und.
— 165. — 8. v. o. nach mässig ist das , zu tilgen.
— 169. — 3. v. o. nach Verhalten ist das . zu tilgen.
— 169. — 13. v. o. l. Regulirung st. Regulierung.
— 173. — 11. v. u. l. gesundem st. gesunden.
— 179. — 13. v. u. l. Besten st. besten.
— 180. — 4. v. u. l. parturientium st. parturentium.
— 182. — 4. v. u. l. Rückgrat st. Rückgrad.
— 189. — 8. v. u. hinter Extractum ist das , zu tilgen.
— 195. — 13. v. u. l. während st. wäkrend.
— 197. — 4. v. o. l. eingefallenem st. eingefallenen.
— 198. — 5 u. 6. v. o. l. Hyoscyami st. Hyoryami
— 199. — 12. v. u. l. Wiederkehr st. Widerkehr.
— 206. — 8. v. u. l. welchen st. welchem.
— 207. — 5. v. o. l. , st. :
— 210. — 6. v. u. l. Regulirung st. Regulierung.
— 213. in der Ueberschrift l. krankhaft st. krampfhaft
— 220. Z. 13. v. o. l. Gesäss st. Gefäss.
— 221. — 1. v. u. l. secretionen st. secretion.
— 224. — 6. v. u. l. bedarf st. hedarf.
— 224. — 1. v. u. setze so vor wendet.
— 228. — 2. v o. l. Bewegungsthätigkeit st. Bewegungsfähigkeit.
— 237. — 1. v. o. l. Wehenschwäche st. Wehenthätigkeit.
— 241. — 8. v. u. l. kreisförmigen st. kreisförmige.
— 244. — 13. v. u. l. empfiehlt st empfehlt.
— 244. — 2. v. u. l kräftigen st. kräftige.
— 256. — 10. v. o. l. erwärmtem st. erwärmten.
— 259. — 2. v. u. l. krankhaften st. krampfhaften.
— 263. — 3. v. u. l. Blutaderknoten st Btutaderknoten.
— 269. — 1. v. o. l. Gebärmutterentzündung st. Gebärmutterentzüngung.
— 274. — 13. v. u. l. herabgestimmter st. herabgestimmte.
— 275. — 4. v. o. ist nach Kopfe das , zu tilgen.
— 287. — 7. v. u. l. Naphtha st. Naphta.
— 288. — 11. v. o. l. krankhaftem st. krankhaften.
— 288. — 15. v. o. l. Blutcoagulum st. Blutcongulum.
— 291. — 13. v. u. l. genauerer st. genauere.
— 293. — 1. v. u. l. dieselben st. dieselbe.

S. 305. Z. 3. v. o. l. , st. :
— 317. — 15. v. o. l. Aphthen st. Aphten.
— 319. — 2. v. u. l. scrophulöser st. scropulöser.
— 325. — 2. v. u. l. überarbeiten st. überrarbeiten.
— 334. — 10. v. u. l. Beckens st. Becken.
— 342. — 10. v. o. l. Horizontalast st. Horizontast.
— 343. — 1. v. o. l. osteomalacische st. ostermalacische.
— 347. — 4. v. u. l. der st. den.
— 350. — 1. v. u. l. ; st. ,
— 362. — 8. v. o. l. derselben st. desselben.
— 366. — 10. v. o. nach Faser ist ein , zu setzen.
— 379. — 5 v. u. l. verwundete st. verwnndete.
— 392. — 12. v. o. l ossea st. ostea.
— 402. — 3. v. u. nach Organe ist ein , zu setzen.
— 403. — 11. v. u. l. Ausbildung st. Ausbildnng.
— 409. — die Ueberschrift der Seite l. V. d. organ. krankhaft. Zuständ. d. Frucht im Allgemeinen.
— 413. — 12. v o. l. zuweilen st. suweilen.
— 414. — 5. v. u. l. übereilten st. übereilter.
— 420. — 4. v. o. l. dieselben st. dieselbe.
— 422. — 4. v. o. l 5 st. 6.
— — — 22. v. o. l. 6 st. 7.
— — — 24. v. o. l. Cephalaematoma st. Cephalohaematoma.
— 443. — 11. v. o. l. an st. vor.
— 457. — 10. v. o. l. bedeutendem st. bedeutenden.
— 461. — 1. v. u. nach aus ist ein , zu setzen.
— 462. — 1. v. o. l. Leinenpfropf st. Leinenpropf.
— 494. — 15. v. o. l. dieselben st. dieselbe.
— 499. — 3. v. o. l. Appréciateur st. Appredateur.
— 500. — 18. v. o. l. concave st. convexe.
— 504. — 15. v. o. l. Bogen st Boden.
— 511. — 13. nach Messer ist ein , zu setzen.
— 531. — 14. v. o. l. Becken st. Becken.
— 535. — 9. v. u. nach Schulterlage setze ein , st.
— 543. — 7. v. o. l. den Bettrand st. die Bettwand.
— — — 10. v. o. l. seine Bekleidung st. seißne ekleidung
— 571. — 12. v. u. l. welchen st. welcher.
— 581. — 3. v. u. l. Regel st. Rege.
— 594. — 11. v. u. l. Wigand st. Wiegand.
— 607. — 8. v. o. vor graviditas ist ein , zu setzen.
— 612. — 5. v. u. l. veranlasst st. zeranlasst.
— 634. — 13. v. u. l. gebildeter st. gebildeter.
— 637. — 11. v. u. nach sitzt ist ein ; zu setzen.
— — — 7. v. u. l. welcher st. welchen.

Einleitung.

§. 1.

Die Geburtskunde ist die Kenntniss des physiologischen und des pathologischen Zustandes der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, und der diätetischen und therapeutischen Behandlung desselben, in Beziehung auf die Mutter und die Frucht, nebst der Fertigkeit die angezeigten operativen Hülfeleistungen ausüben zu können.

(*Ars obstetricia*, Geburtshülfe, Entbindungskunst, Entbindungskunde, Entbindungswissenschaft, Hebekunst, Hebammenkunst, *Accouchement*, *Midwifery*, *Verloskunde*.)

§. 2.

Der Gegenstand der Geburtskunde ist das Weib sammt der Frucht, von der Empfängniss an, bis zu dem Verschwinden der unmittelbaren Folgen der Geburt,

in sofern als die betreffenden physiologischen und pathologischen Zustände in einem ursachlichen Verhältnisse zu der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbette stehen.

§. 3.

Der Zweck der Geburtskunde ist verschieden, je nachdem ein regelmässiger oder regelwidriger Zustand, Gegenstand derselben ist. In regelmässigen Vorgängen besteht derselbe in Erleichterung und Sicherung gegen den Eintritt von Gefahren; in regelwidrigen Zuständen, in Entfernung oder wenigstens Minderung der Gefahr für Mutter und Kind. Im ersten Falle wird derselbe gewöhnlich durch diätetische Mittel erreicht, in dem letzteren Falle können diätetische, medicinische oder operative Hülfeleistungen nöthig werden, so wie auch, um denselben zu erreichen, bald Verzögerung, bald Beschleunigung der Geburt angezeigt seyn kann.

§. 4.

Da in früheren Zeiten die geburtshülflichen Mittel, um diesen Zweck zu erreichen, vorzüglich nur in der Anwendung operativer Eingriffe bestanden, so hielt' man sich für berechtigt, die Geburtskunde für einen Theil der Chirurgie zu erklären: später unterschied man mit eben so wenigem Rechte, zwischen einer medicinischen und chirurgischen Geburtshülfe. Die Geburtskunde ist vielmehr der Abschnitt aus der ge-

sammten practischen Heilkunde, welcher auf den angegebenen Gegenstand und Zweck angewendet wird.

Vergl. No. 734. 1346. 2tes St. 143. 2047.

§. 5.

Hieraus geht auch die Entscheidung des Streites hervor, ob man die Ausübung der Geburtshülfe allein dem weiblichen Geschlechte überlassen, oder vielmehr allein für das männliche Geschlecht in Anspruch nehmen soll. Der physiologisch-diätetische Theil, die sogenannte Hebammenkunst, wird füglich dem weiblichen Geschlechte überlassen, welches sich dazu vorzüglich eignet: der pathologisch-therapeutische Theil aber darf nur von dem männlichen Geschlechte ausgeübt werden, indem dazu nicht allein Fertigkeit im Operiren, sondern eine allgemeine gründliche ärztliche Ausbildung vorausgesetzt wird, von welcher man bei dem weiblichen Geschlechte nur seltene Beispiele findet.

Wiedemann in No. 1346. II. B. 1tes St. S. 176. — 1438. S. 115. — 2372. — 2373. — 2438. 1811. 5. u. 6.

§. 6.

Die Wichtigkeit der Geburtskunde ist gross, und sie stehet keinem der andern Theile der gesammten practischen Heilkunde nach. Für den Staat und dessen Zwecke, und für das Glück und den Zweck der

einzelnen Familien ist es von hoher Wichtigkeit, dass die Behandlung des Geburtsvorganges im regelmässigen und regelwidrigen Falle von möglichst gutunterrichteten Personen geschieht. Aber auch für die Ausübung der Medicin im engern Sinne und der Chirurgie ist das Studium der Geburtskunde durchaus unentbehrlich.

Vergl. No. 660. B. II. — 1179. — 1248. — 1784. — 1942a; — 2011.

§. 7.

Die Geburtskunde hat bedeutende Schwierigkeiten in ihrer Erlernung und Ausübung. Ausser dem gründlichen Studium ist es nothwendig, längere Zeit auf Beobachtung der regelmässigen und regelwidrigen Geburt zu verwenden, und sich sowohl in der geburtshülflichen Untersuchung, als in der Verrichtung der geburtshülflichen Operationen die grösstmöglichste Fertigkeit zu verschaffen. In der Ausübung verlangt die Geburtskunde gänzliche Aufopferung der Bequemlichkeit des Lebens, und in mancher Hinsicht selbst der Gesundheit, und rücksichtslose Hingebung und Bereitwilligkeit zur Hülfe zu jeder Stunde des Tages. Auf der andern Seite hat aber die Ausübung der Geburtshülfe mit der Ausübung der Chirurgie in vielen Fällen das gemein, dass der glückliche Erfolg dem angewendeten Verfahren mit Bestimmtheit zuzuschreiben ist.

Funk in No. 112. XIV. 2. — 243. — 570. — 1274. —

§. 8.

Als Vorkenntnisse zu dem Studium der Geburtshülfe werden, ausser der Maturität, welche das Studium der Heilkunde überhaupt verlangt, Anatomie und vergleichende Anatomie, Physiologie, Psychologie, Diätetik, allgemeine Pathologie und Therapie und Heilmittellehre vorausgesetzt. Nachdem diese Doctrinen studirt worden sind, ist es aber rathsam, neben den übrigen practischen Fächern, das Studium der Geburtskunde zu beginnen, weil sonst bei der gewöhnlichen Dauer eines academischen ärztlichen Cursus, zu wenig Zeit übrig bleibt, um auf die geburtshülfliche Praxis in der Entbindungsanstalt verwendet zu werden. Der gesammte Cursus der Geburtskunde besteht aus dem mündlichen und schriftlichen Unterricht, der Einübung der Operationen am Fantome, der sorgfältigen Uebung der geburtshülflichen Untersuchung an Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen, und dem durch mehrere Semester fortgesetzten Practiciren in einer frequenten geburtshülflichen Klinik, welche sehr zweckmässig aus einer stationären in einer guteingerichteten Entbindungsanstalt, in Verbindung mit einer ambulatorischen besteht. — Fertigkeit im freien Handzeichnen ist für den Geburtsarzt ein sehr wichtiges Hülfsmittel, theils zur Cultur der Einbildungskraft, theils bei der Ausübung selbst.

Vergl. No. 11. — 1085. — 1561. — 2033. — 2036. — 2038. — 2044. —

Gut eingerichtete Entbindungsanstalten sind sehr wichtige Mit-

tel zur Erlernung der Geburtskunde, demnächst aber auch und vorzüglich wichtig für die Cultur derselben. Folgende sind zu bemerken:

Entbindungsanstalt zu	Ungefähre Zahl der jährlichen Geburten	Gegenwärtiger Director
Berlin a.	300	Kluge,
— b.	120	
Bonn	20	Stein,
Breslau	80	Betschler,
Dresden	150	Haase,
Erlangen	——	Bayer,
Giessen	100	Ritgen,
Göttingen	100	Mende,
Halle	50	Niemeyer,
Heidelberg	150	Nägelé,
Jena	50	Stark u. Walch,
Königsberg	50	Henne,
Landshut	50	Rainer,
Leipzig	100	Jörg,
Marburg	100	Busch,
München	150	Weisbrod,
Strassburg	70	Lobstein,
Tübingen	70	Riecke,
Wien a.	1500	Klein,
— b.	60	
Würzburg	100	D'Outrepont.

§. 9.

Die persönlichen Eigenschaften, welche ein guter Geburtsarzt besitzen muss, sind theils geistige, theils körperliche. Die Geistes- und Gemüthseigenschaften

sind zwar nur solche, welche jeder gute Arzt besitzen muss, doch sind folgende unumgänglich nöthig: ruhige Haltung und Geduld, besonders bei schwierigen und langdauernden Geburtsfällen, Schonung des weiblichen Zartgefühls, Verschwiegenheit und Uneigennützigkeit, gute Einbildungskraft, schnelle Beurtheilungskraft, Entschlossenheit und Vorsicht.

§. 10.

Die körperlichen Eigenschaften sind: starker, wohlgebauter Körper und eine nicht leicht gestörte Gesundheit, Übung in körperlichen Bewegungen, so dass jede Stellung des Körpers mit Leichtigkeit angenommen werden kann, Fähigkeit des Körpers gewohnte Bedürfnisse, z. B. des Schlafes, der Nahrungsmittel etc. eine Zeitlang entbehren zu können, kräftige, aber schlanke Arme, nicht zu breite, aber besonders biegsame Hände, mit nicht zu kurzen Fingern, und wohlgeübte Fertigkeit des Gefühls, so wie die Fähigkeit die linke Hand wie die rechte gebrauchen zu können.

§. 11.

Besonders wichtig für den Geburtsarzt ist die Cultur der Hände: er hat daher Handarbeiten zu vermeiden, welche die Mittelhand zu stark entwickeln und ihre Biegsamkeit beschränken, und wodurch Schwielen daselbst und Verdickung der Oberhaut an der Gefühlfläche der Finger entstehen, welche das Gefühlvermögen beeinträchtigen: in dieser Rücksicht ist auch in

freier Luft beständiges Tragen von Handschuhen nöthig. Vorhandene Warzen an den Fingern müssen sorgfältig vertilgt und die Hände frei von Verletzungen erhalten werden. Eine besondere Aufmerksamkeit verdient die Cultur der Nägel, welche zwar stets so kurz gehalten werden müssen, dass bei der Einführung der Finger in die Geburtswege keine Verletzung entsteht, allein nie auf einmal zu kurz geschnitten werden dürfen, weil dadurch die Oberhaut der Gefühlfläche der Finger stets verdickt wird.

Vergl. No. 1069. — 2039. B. I. p. 121. — 2093.

§. 12.

Man theilte die Geburtskunde in die theoretische und practische, in die medicinische und chirurgische u. s. w., ohne dass diese Eintheilungen genügen konnten. Die Eintheilung in vier Theile soll die Mängel der vorigen vermeiden. Der erste Theil umfasst die Propädeutik der Geburtskunde, der zweite die Physiologie und Diätetik der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, der dritte Theil die Pathologie und Therapie dieser Zustände, und der vierte Theil die Technik der Geburtskunde. 1528 pag. 1. ff.

§. 13.

Der erste Theil enthält daher die Anatomie der bei der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbette interessirten Theile, jedoch nur in Beziehung auf diese Zustände; und der zweite Theil den regelmässigen Vorgang der Schwangerschaft, der Geburt

und des Wochenbettes, und die diätetische Behandlung dieser Zustände. Dieses ist die sogenannte Hebammenkunst, das eigentliche Geschäft der Hebammen, und es ist sehr rathsam dessen Grenzen nicht zu erweitern, da dieses ohne eine allgemeine ärztliche Ausbildung derselben nicht geschehen kann.

§. 14.

Der dritte Theil enthält die Lehre von den regelwidrigen Zuständen während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, und die Anzeigen zur Beseitigung der Regelwidrigkeit mittelst medicinischer oder operativer Hülfe. Dieses ist der eigentliche Wirkungskreis des Geburtsarztes, welcher ohne eine vollständige ärztliche Ausbildung nicht betreten werden darf, da Fertigkeit in der Verrichtung einer geburtshülflichen Operation noch nicht die Fähigkeit zur Ausübung der Geburtshülfe im weiteren Sinne giebt.

§. 15.

Der vierte Theil enthält die Lehre von den geburtshülflichen Operationen, von der geburtshülflichen Untersuchung an, bis zu den grössten Manual- oder Instrumental-Operationen, sammt der Lehre von den geburtshülflichen Instrumenten. So wenig alleinige Fertigkeit im Operiren den Geburtsarzt ausmacht, eben so wenig kann der letztere die vollständigste Kenntniss der geburtshülflichen Operationen und die grösste Fertigkeit in der Ausübung derselben entbehren, da er bei der bessten ärztlichen Ausbildung ohne dieselbe nur selten als Helfer am Kreisbette erscheinen wird.

§. 16.

Das Geschäft der Hebammen besteht also darin, bei der regelmässigen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch Anwendung diätetischer Mittel Erleichterung und Schutz gegen den Eintritt von Gefahren in Beziehung auf die Mutter und das Kind zu verschaffen, und durch frühzeitiges Erkennen der eingetretenen Gefahr zu veranlassen, dass der Geburtsarzt früh genug herbeigerufen werden kann, um die Gefahr abzuwenden oder zu vermindern.

§. 17.

Das Geschäft des Geburtsarztes besteht darin, nach eingetretener Gefahr diese durch medicinische oder operative Hülfleistungen abzuwenden, oder wo dieses nicht ganz möglich ist, zu vermindern, nachdem er den vorhandenen pathologischen Zustand sorgfältig erforscht hat. Eine operirende Hebamme, oder ein ohne ärztliche Kenntnisse blos in den Operationen geübter Entbinder kann bei dem gegenwärtigen Stande der Geburtskunde nicht geduldet werden.

§. 18.

Die Geschichte und allmählige Entwickelung der Geburtskunde ist begründet in dem zu allen Zeiten und bei allen Völkern vorkommenden Bedürfnisse der Hülfe bei regelwidrigen Geburten, in den Fortschritten der Cultur im Allgemeinen und der Heilkunde in'sbesondere. Wenn auch der verschiedene

Bau und die sonstigen körperlichen Eigenschaften der verschiedenen Menschenraçen und Völker einige Verschiedenheit rücksichtlich des leichteren oder schwereren Gebärens zulässt, so ist es doch nicht der rohe Naturzustand einer Nation, welcher das Bedürfniss der Geburtshülfe entbehren lässt, sondern der tiefe Stand der Cultur und der Ausbildung der Heilkunde bei derselben, wodurch der Mangel der Hülfe bei der Geburt bedingt wird.

Vergl. No. 1288. — 1560. 3tes St. p. 8 — 68. — 1598. — 1882. — 2000. — 2184. —

§. 19.

(Erste Periode.) Die früheste Anwendung von Hülfe bei der Geburt findet man bei den Israelitinnen und Egypterinnen, sodann bei den Indiern und Chinesen. Die Israeliten hatten schon vor ihrem Aufenthalte in Egypten Hebammen, obgleich von Anwendung männlicher Geburtshülfe bei denselben keine Spur gefunden wird: die in den Büchern des Talmud und Mischna gefundenen Bemerkungen, aus welchen man schliessen will, dass der Kaiserschnitt bereits bei denselben üblich gewesen sey, sind zu unbestimmt und verschiedener Deutung fähig, als dass man dieses annehmen könnte.

Vergl. No. 454. — 787. — 1357. —

§. 20.

Die hohe Cultur Griechenlands, lange vor Christi Geburt, veranlasste unstreitig die erste, wenn gleich

rohe Ausbildung der Geburtshülfe, und die Anwendung männlicher Hülfe bei der Geburt, worüber die sogenannten Hippocratischen Bücher die erste Nachricht enthalten. Die Wendung auf den Kopf und die Embryulcie wird in denselben schon gelehrt, und die Geburt mit den Füssen voran für höchst gefährlich gehalten; auch Plato giebt Nachricht über Hebammen bei den Atheniensern.

Vergl. No. 981.

§. 21.

Bei den Römern scheint auch schon vor Christi Geburt die Geburtshülfe ausgeübt worden zu seyn, wie das dem König Numa Pompilius zugeschriebene Gesetz *de inferendo mortuo* zeigt. Nach Christi Geburt (20 J.) war es Celsus, welcher die künstliche Entbindung durch die Anwendung von Haken und Hakenmessern, und durch die Wendung auf den Kopf lehrte. In bestimmten Fällen empfiehlt er auch die Wendung auf die Füsse, welches jedoch nur die Einleitung der in der Nähe des Muttermundes liegenden Füsse des übelgelagerten Kindes ist. Plinius, Soranus von Ephesus, Moschion, Galenus und Oribasius tragen zur Cultur der Heilkunde überhaupt, und der Geburtskunde insbesondere bei.

Vergl. No. 368. — 702. — 1491. — 1582a. 1688. — 2102. —

§. 22.

Aëtius, von Amida, sammelte zu Constantinopel (543. p. Chr. n.) die vor ihm erschienenen medicinischen Schriften: die nachher verlorenen geburtshülf-

lichen Schriften des Philumenus und der Aspasia, welche er aufbewahrt hat, und welche wahrscheinlich schon längere Zeit vor ihm geschrieben waren, enthalten ausser manchen schon bis dahin bekannten Rathschlägen, z. B. der Wendung auf den Kopf, zuerst den Rath in gewissen Fällen selbst bei vorliegendem Kopfe der Frucht, die Wendung auf die Füsse vorzunehmen, ein Vorschlag, welcher von dieser Zeit an eine Reihe von Jahrhunderten hindurch nicht beachtet wurde.

Vergl. No. 29.

§. 23.

Die arabischen Aerzte nahmen die von den Griechen gelehrten geburtshülflichen Grundsätze, jedoch ohne die Wendung auf die Füsse, an. Die Zerstückelung des Kindes mit scharfen Instrumenten wurde von ihnen besonders cultivirt, wie die Abbildungen zahlreicher Instrumente zu diesem Behufe bei Albucasem zeigen.

Vergl. No. 48. — 834. 1757.

§. 24.

In der Barbarei des Mittelalters machte die Geburtskunde mit der gesammten Heilkunde und den Wissenschaften überhaupt gleiche Rückschritte, und die Erneuerung der *lex regia* (1139), ging nicht aus ärztlicher, sondern aus religiöser Veranlassung hervor, nämlich damit das mit der verstorbenen Mutter begrabene lebende Kind nicht ungetauft bliebe. — Erst Albert von Bollstaedt, unter dem Namen Albertus Magnus († 1282), ein gelehrter Mönch und Bi-

schoff zu Regensburg, unternahm es, aus den griechischen, römischen und arabischen Schriftstellern, und wahrscheinlich auch nach Besprechungen mit den Hebammen seiner Zeit, Rathschläge bei schweren Geburten zusammenzutragen. Er erwähnt die Wendung auf die Füsse nicht, giebt aber bestimmte Regeln zur Wendung auf den Kopf und zur Zerstückelung des Kindes. Von Albertus Magnus muss die, wenn auch dürftige, wissenschaftliche Behandlung der Geburtskunde im Mittelalter hergeschrieben werden, da die späteren Schriften, durch mehrere Jahrhunderte hindurch, genau seinen Angaben folgen, und selbst die spätern Abbildungen immer nach den seinigen nachgebildet sind.

Vergl. No. 37.

§. 25.

Im Jahre 1491 findet man die erste Nachricht über einen mit glücklichem Erfolge an einer Lebenden vorgenommenen Kaiserschnitt, und im Jahre 1500 nahm Jacob Nuffer, ein Schweineschneider zu Siegershausen in der Schweiz, die nämliche Operation an seiner eigenen Frau mit glücklichem Erfolge vor. In dem folgenden Jahrhundert und später wurde nun der Kaiserschnitt häufig angewendet, wenn kein anderer Entbindungsweg gefunden wurde: in der Regel war es nicht das beschränkte Becken, welches die Anzeige dazu gab.

Vergl. No. 604.

§. 26.

Die Errichtung zahlreicher Universitäten und die Fortschritte, welche die Anatomie machte, gaben be-

deutende Förderungsmittel der Geburtskunde ab. Besonders aber ist auch die Erfindung der Buchdruckerkunst (1436), der Holzschneidekunst (1300), und der Kupferstecherkunst (1460), hieher zu rechnen.

§. 27.

(Zweite Periode.) Eine besondere Förderung der Geburtskunde war es aber, als Eucharius Roeslin, genannt Rhodion, Arzt zu Worms, veranlasst von einer deutschen Fürstin, die damals bekannten Grundsätze der Geburtshülfe zusammentrug und drucken liess (1513.) Dieses erste gedruckte Buch über dieses Fach enthält zwar nur das, was Albertus Magnus lange vorher schon zusammengestellt hatte, und sogar sind die Abbildungen treue Nachahmungen der bereits von Jenem gegebenen: demungeachtet wurde dasselbe bald so gesucht, dass in kurzer Zeit zahlreiche Auflagen desselben erschienen und Nachahmungen von Jason a Pratis, Ryff und Ruef veranstaltet wurden. Die in dem Buche des letztern abgebildete Zange, welche von Manchen für die erste Geburtszange gehalten wird, ist nur eine Schädelzange zur Ausziehung todter Früchte.

Vergl. No. 1062. — 1744. — 1801. — 1828.

§. 28.

Ambroise Paré († 1573), der berühmteste Wundarzt seines Jahrhunderts und Leibarzt von vier Königen von Frankreich, gab für seine Zeit merkwürdige geburtshülfliche Rathschläge. Er räth zwar bei üblen

Fruchtlagen noch allgemein die Wendung auf den Kopf zu machen, doch empfiehlt er auch, zuerst seit Aëtius, wieder die Wendung auf die Füsse in gewissen Fällen. Er giebt auch Abbildungen von Mutterspiegeln und Instrumenten zur Zerstückelung des Kindes, welche er stets dem Kaiserschnitte, dessen glücklichen Erfolg er gänzlich leugnet, vorzieht, und dadurch Francois Rouset's merkwürdige Schrift veranlasst, in welcher, zum Beweise gegen Paré's Angabe, alle bekannten Fälle von glücklich ausgeübter Kaisergeburt verzeichnet sind.

Vergl. No. 1625. — 1626. — 1627. — 1822. — 1823. — 1824. —

§. 29.

Jacob Guillemeau, Wundarzt zu Paris († 1609) gab in seinen Schriften manche gute Grundsätze. Die Wendung lehrte er zwar auch, wie Paré, auf die Füsse zu machen, gab jedoch im Allgemeinen der Wendung auf den Kopf den Vorzug. Die Abbildungen, welche er über abnorme Fruchtlagen u. s. w. giebt, sind nicht mehr die bisherigen, seit Albertus Magnus unveränderten, sondern wenn auch denselben ähnlich, doch sehr verbessert.

Vergl. No. 801.

§. 30.

(Dritte Periode.) Hugo Chamberlaine, Wundarzt in London, besass ein Instrument, welches er geheim hielt', und mit welchem er schwere Geburten mit

vorliegendem Kopfe der Frucht, mit Erhaltung des Lebens der letzteren beendigen konnte. Im Jahre 1691 verkaufte er das Geheimniss an Roger Roonhuysen, Cornel. Boekelmann und Friedrich Ruysch in Amsterdam, welche dasselbe ferner geheim hielten. Man gab sich grosse Mühe, dasselbe zu entdecken, und im Jahre 1723 machte Johann Palfyn, Wundarzt zu Gent, einen aus zwei stählernen Zughebeln mit hölzernen Griffen bestehenden Kopfzieher als das Chamberlainesche Geheimniss bekannt und gab so die erste Kopfzange, welche bald von vielen gleichzeitigen und späteren Geburtsärzten verändert und verbessert wurde. Später (1754) kauften zwar Jacob de Vischer und Hugo van de Poll das Geheimniss von den Roonhuysen'schen Erben, und machten als solches den Zughebel bekannt. Dieses, und der Umstand, dass man in neueren Zeiten in einem vormals von Chamberlaine in London besessenen Hause, in einem verborgenen Fache, mehrere Hebel und Zangen fand, macht es wahrscheinlich, dass das Chamberlainesche Geheimniss nichts anderes, als der Zughebel, gewesen ist, welcher bald einfach, bald verbunden als Geburtszange gebraucht wurde.

Vergl. No. 978. — 1509. — 1617. — 2243, Vol. IX. p. 1. — 2466. 1809. I. 7.

§. 31.

François Mauriceau, Wundarzt zu Paris und bedeutender geburtshülflicher Practiker, ist der erste, welcher die Wendung auf die Füsse, mit gänzlicher Zurücksetzung der Wendung auf den Kopf, einführte; von seiner Zeit an blieb sie die einzige Wendungs-

methode, und die Wendung auf den Kopf gerieth so sehr in Vergessenheit, dass sie in den neuesten Zeiten gleichsam neu erfunden werden musste. — Er war ein treuer Beobachter der Natur und empfahl besonders die sorgfältige Anwendung der geburtshülflichen Untersuchung.

Vergl. No. 1374. — 1375. — 1376. — 1377. — 1378. —

§. 32.

Unter den Hebammenbüchern, welche die nächste Zeit lieferte, zeichnet sich das der Siegemundin sehr vortheilhaft aus: unter den Geburtshelfern verdienen Heinrich van Deventer und Guillaume Mauquest, genannt de la Motte, als wahre Förderer des Faches genannt zu werden.

Vergl. No. 503. — 504. — 505. — 1492. — 1493. — 1494. — 2052. —

§. 33.

In der Mitte des 18ten Jahrhunderts traten gleichzeitig bei den Franzosen und Engländern zwei vorzügliche Geburtshelfer, Levret und Smellie, auf, deren wissenschaftlicher und auf treue Beobachtung der Natur gegründeter Bearbeitung des Faches viel zu verdanken ist. Während der erste mathematische Grundsätze dabei in Anwendung brachte, haben beide die geburtshülflichen Operationen und deren Anzeigen ungemein verbessert: insbesondere ist es die Lehre von der Wendung, von der Geburtszange und von dem Kaiserschnitte, welche sie sehr vervollkommneten. — Ould

gab die erste richtige Ansicht vom Durchgange des Kopfes durch das Becken. Gleichzeitig mit diesen wirkte in Deutschland der treffliche Röderer, während Deisch und Mittelhäuser die Schattenseite der damaligen Geburtshülfe darstellen.

Vergl. No. 464. — 465. — 466. — 467. — 1295. — 1296. — 1297. — 1298. — 1299. — 1300. — 1480. — 1612. — 1784. — 1796. — 2077. — 2079. —

§. 34.

In der zweiten Hälfte des 18ten Jahrhunderts wurden Levrets Grundsätze durch seine vorzüglichsten Schüler in Frankreich, Deutschland und Dännemark ausgebreitet: vorzüglich sind als solche zu nennen Baudelocque, Stein d. ä. und M. Saxtorph. Ausser der besonders von Stein d. ä. vervollkommneten Beckenlehre und Erfindung der ersten Beckenmesser, wurden die sämmtlichen geburtshülflichen Operationen und deren Anzeigen noch vervollständigt: es nahm jedoch die Ausübung der Geburtshülfe in dieser Zeit die Neigung an, zu viel zu operiren und überhaupt zu viel zu thun. — Der in Frankreich erfundene Schamfugenschnitt wurde bald von den besseren Geburtsärzten verworfen und findet nur noch wenige Vertheidiger. — Deleurie empfahl zu dieser Zeit das auf die Füsse gewendete Kind durch die Kräfte der Natur austreiben zu lassen, wie Portal schon ein Jahrhundert früher die Steissgeburt der Natur überlassen wollte.

Vergl. No. 134 — 138. — 469 — 471. — 1696 — 1888 — 1899. — 2136 — 2151.

§. 35.

In der nämlichen Zeit nahm in England die Geburtshülfe eine entgegengesetzte Richtung. Vernachlässigung der geburtshülflichen Operationen, mit Ausnahme der bis zur grössten Strafbarkeit getriebenen Anwendung des Perforatoriums bei dem lebenden Kinde (Osborn), welche selbst von wackeren Engländern (Hamilton) vergebens Widerspruch erlitt, führten zwar dahin, dass dadurch manche wichtige Beobachtungen gemacht und manche Geburten, welche bisher nur durch die Kunst beendigt worden waren, der Natur überlassen wurden; allein auf der anderen Seite wurde auch hierin zu weit gegangen und dadurch Nachtheil gestiftet.

Vergl. No. 836 — 838. — 1585 — 1586.

§. 36.

(Vierte Periode.) Auf die deutsche Geburtshülfe, welche durch zu häufiges Operiren die Beobachtung der Natur nicht selten unmöglich machte (Osiander d. ä.), konnte es daher nicht anders als wohlthätig einwirken, als Boër die englischen Grundsätze gemässigt nach Deutschland verpflanzte und zu treuerer Beobachtung der Natur aufforderte. Blieben auch seine Bemühungen in dem ersten Decennium fruchtlos, so war es doch der Anfang des gegenwärtigen Jahrhunderts, welcher als der Anfang einer neuen Epoche angesehen werden kann, indem man die dynamischen Geburtstörungen genaue zur erforschen und durch ärztliche Verordnungen zu beseitigen anfing. Da-

durch, dass gut ausgebildete Ärzte die Cultur der Geburtshülfe betrieben, wurde die Physiologie und Pathologie derselben sehr gefördert.

Vergl. No. 233 — 238. — 1587 — 1602.

§. 37.

Insbesondere wurde in der neueren Zeit die Beckenlehre, die Exploration und Auscultation, die Fruchtlagen, der Mechanismus des Durchganges der Frucht durch das Becken, die dynamischen Geburtsstörungen und die specifik die Wehenthätigkeit steigernden Mittel, das Nachgeburtsgeschäft, die künstliche Frühgeburt, die Operationslehre und besonders die Anzeigen der geburtshülflichen Operationen, die Krankheiten der Wöchnerinnen u. s w. besonders bearbeitet, und noch fortwährend wirken mit reger Thätigkeit tüchtige Männer an der ferneren Cultur der Geburtskunde, welche mit raschen Schritten in ihrer Vervollkommnung fortschreitet.

Erste Abtheilung.

Propädeutik der Geburtskunde.

Von dem Weibe und dessen Fortpflanzungsorganen.

§. 38.

Der Bau des weiblichen Körpers im Allgemeinen, die Entwickelung des Typus der Weiblichkeit, und die Beschaffenheit der Fortpflanzungsorgane des Weibes im Besonderen, hat auf die Fähigkeit, schwanger zu werden und auf den Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes den grössten Einfluss.

Erstes Kapitel.

Von dem Weibe im Allgemeinen und dem mannbaren Weibe im Besonderen.

§. 39.

Der gut gebildete weibliche Körper, welcher in allen Verhältnissen zur Erreichung des vorzüglichsten Zweckes seines Daseyns, der Fortpflanzung des Ge-

schlechts organisirt ist, ist kleiner als der männliche Körper, gleichsam stehen geblieben vor vollendeter Ausbildung, und von kindlicher Form, aber in besonderer Richtung des Geschlechtscharacters vorzüglich entwickelt. Seine äussere Form zeigt im Allgemeinen die Wellenlinie, die Neigung zur Kugelform, welche sich auch in der inneren Bildung ausspricht, während bei dem männlichen Körper die gerade Linie und die eckige Form mehr vorwaltet.

§. 40.

Die äussere Form des weiblichen Körpers zeigt schon die untere Hälfte des Rumpfes, besonders den Unterbauch, stark entwickelt auf Kosten der oberen. Die Hüften sind breiter durch das weitere Becken, der Bauch geräumiger, die Lendenwirbel höher, der Raum zwischen der Schamfuge und dem unteren Ende des Brustbeins länger, die Rippen dünner, flacher und kürzer, das Brustbein kürzer, die Brusthöhle niedriger und der Zwischenraum zwischen dem Brustbein und der Wirbelsäule kleiner, das Zwerchfell kleiner und höher liegend, als in dem männlichen Körper. Der weibliche Rumpf hat daher die Form eines Kegels mit breiter Basis und schmaler Spitze.

§. 41.

Die Knochen des weiblichen Körpers sind schlanker und leichter, (bei dem Weibe $^{8}/_{100}$, bei dem Manne $^{10}/_{100}$ des Gewichtes des ganzen Körpers), mit geringeren Hervorragungen und Vertiefungen, die Lungen kleiner, die Luftröhre und der Luftröh-

renkopf enger, das Athmen schwächer, der Magen und die Gedärme weniger geräumig, der Darmkanal länger, dünnhäutiger, reicher an Saugadern, die Verdauung weniger kräftig, aber bei geringer Nahrung sehr nährend, die Leber kleiner, die Gallenbildung schwächer, das Herz kleiner, das Gefässsystem bei dünnerer Wandung schwächer und reizbarer, die Arterien enger, die Venen weiter und besonders erweiterungsfähig, die Saugadern zahlreicher, die Blutbildung, bei weniger Nahrung und schwächerem Athmen, stärker, der Kreislauf schneller, und bei grösserer Neigung zu Blutflüssen werden diese leichter ertragen und der Verlust schneller wieder ersetzt, als bei dem Manne.

§. 42.

Die Extremitäten des Weibes sind kürzer und die Muskeln derselben springen nicht hervor, da sie zum Theile dünner, zum Theile mit mehr Fett und Zellgewebe umgeben sind; nur die Muskeln in der Nähe des Beckens, besonders an dem oberen Theile der unteren Extremitäten, sind stärker entwickelt; — die Muskelbewegung ist schwächer. Der Schädel und das Gehirn ist im Verhältnisse zu dem übrigen Körper und zu dem Rückenmarke grösser und schwerer, die Nerven, mit Ausnahme der Sehnerven, feiner, der Schädel sanfter gerundet und in Verbindung mit den weniger hervorspringenden und mehr flachen Gesichtszügen kindlich geformt. Die Haut ist weniger entwickelt, feiner, glatter, weicher, weisser und durchsichtiger, die Haargefässe enthalten weniger Blut und die Venen schimmern mehr durch. Das Zellgewebe unter der

Haut ist stärker entwickelt und durch die daselbst stattfindende Fettablagerung wird die Oberfläche abgerundeter und wellenförmiger. Der Haarwuchs ist auf weniger Stellen beschränkt, aber üppiger, und das Haar selbst weicher, feiner und länger.

§. 43.

Unter den Thätigkeiten ist in dem weiblichen Körper die Assimilation und Reproduction, die Plasticität, vorwaltend. Die Ernährung und Selbstbildung geht vor sich ohne vieler äusseren Stoffe und Reize zu bedürfen, und besonders leicht und schnell werden, bei dem Mangel äusserer Stoffe, bereits abgelagerte und zu Gebilden gewordene Massen wieder aufgesogen und weiter verwendet. Am kräftigsten zeigt sich aber diese Thätigkeit bei der höchsten animalischen Bildung, der Zeugung und Schwangerschaft.

§. 44.

Von den Nerventhätigkeiten ist bei dem Weibe die Irritabilität minder gross, die Sensibilität aber überwiegend. Alle Eindrücke werden leichter und stärker empfunden, und besonders ist dieses in der Unterleibssphäre der Fall.

§. 45.

In psychischer Hinsicht ist die Genialität bei dem Weibe untergeordnet der Urtheilskraft; daher hat es richtige, gesunde Ansichten der Verhältnisse des Lebens, den richtigen Tact, welcher es in manchen Ver-

hältnissen des Lebens zu dem besten Rathgeber des geistvollsten Mannes macht. — Rücksichtlich des Gemüthes ist das Gefühl vorwaltend vor der Energie des Willens; es lebt mehr in der Vergangenheit und Gegenwart, als in der Zukunft; es lebt für die Seinigen, für seine Umgebung; voll Gefühl für das Schickliche, besitzt es die Eigenschaften der Liebe, der Sanftmuth, der Geduld und der Nachsicht.

§. 46.

Der vollkommenste Ausdruck der Weiblichkeit tritt in der Pubertät auf, welche in mittlerem Klima mit dem vierzehnten bis fünfzehnten Jahre anfängt und mit dem fünfundvierzigsten bis fünfzigsten Jahre endigt: unter einem milden Himmelsstriche tritt sie früher, unter dem nördlicheren später ein. Doch hat die Lebensart und Erziehung auf den früheren oder späteren Eintritt Einfluss.

§. 47.

Ausser den angeführten allgemeinen physischen und psychischen Eigenschaften des Weibes (§. 39—45.), besteht die Pubertät in der eigenthümlichen Entwickelung der Geschlechtsorgane, wodurch die Fähigkeit der Fortpflanzung bedingt wird. Mit ihrem Eintritte fängt eine periodische Funktion des Uterus, die Menstruation, an, und dauert so lange fort, bis die Rückbildung in den nicht mehr zeugungsfähigen Zustand den äusseren und inneren Ausdruck der Pubertät allmählig verschwinden lässt.

§. 48.

Diese periodisch alle vier Wochen eintretende Blutausleerung aus dem Uterus, beruht auf einem Ueberschusse von Blut in dem Körper des zeugungsfähigen Weibes und wird, bei ihrem ersten Eintritte, durch Vorboten (*molimina menstruorum*), in geistiger Verstimmung, Congestionen, Kolikschmerzen, Gefühl von Schwere und Vollheit im Unterleibe, Kopf- und Kreuzschmerzen, Anschwellen der Brüste u. s. w. bestehend, angezeigt, welche bei empfindlichen Frauen auch später gewöhnlich den Eintritt begleiten.

§. 49.

Während der Menstruation turgesciren die inneren und äusseren Zeugungstheile, der Uterus tritt tiefer in das Becken herab, und es ergiesst sich aus seinen Haargefässen, zuweilen auch gleichzeitig aus denen der Mutterscheide, ein Blutfluss, welcher in der Regel vier bis fünf Tage dauert und fünf bis sechs Unzen Blut ausleert. Dieses letztere ist gewöhnlich anfangs serös und blass gefärbt, wird alsdann reichlicher und dunkler roth, und bei dem Verschwinden nimmt es die Beschaffenheit wie im Anfange wieder an: es ist wegen Mangel des Faserstoffes nicht gerinnbar, und wird es zuweilen nur dann, wenn es in grösserer Menge ergossen wird. Nach der Menstruation fühlt sich das Weib gestärkt und erfrischt, und bleibt nun etwa 23 Tage frei von demselben. — Die Menstruation bleibt in der Regel während der Schwangerschaft, und in den meisten Fällen auch während des Säugegeschäftes aus.

§. 50.

Die weibliche Schönheit ist der Ausdruck der höchsten und vollendetsten Entwickelung des weiblichen Typus und der Pubertät, und wird nur bei dem Weibe gefunden, welches in seinem ganzen Wesen weiblich ist. Milde, jedoch noch gemässigte Himmelsstriche, angemessene Lebensweise und Geistesbildung begünstigen ihre Entwickelung, während rauhes, kaltes Klima, unangemessene Lebensweise, schwere Arbeiten und Mangel an Geistesbildung dieselbe unterdrücken.

§. 51.

Je vollkommener die wahre weibliche Schönheit ist, desto grösser ist die Fruchtbarkeit im Allgemeinen und desto leichter wird die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett ertragen, wenn nicht eine sehr verfeinerte Lebensweise eine solche Steigerung der Receptivität bewirkt hat, dass dadurch die genannten Vorgänge einen bedeutenderen Eindruck auf das Nervensystem hervorbringen können. Die Abweichungen der weiblichen Schönheit sprechen sich aus als unvollkommene Entwickelung des Körpers überhaupt, als torpide Constitution bei phlegmatischem und schwammigem Körper, als männlicher Habitus, als anfangende Rückbildung in den späteren Pubertätsjahren, und als verkrüppelter Körperbau ausserhalb des Beckens. Geringe Grade dieser Abweichungen stören die Befruchtung, Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett nur wenig, während höhere Grade als wirkliche Regelwidrigkeiten zu betrachten und zu behandeln sind.

Vergl. No. 317. B. I. — 358. B. I.

Zweites Kapitel.

Von dem weiblichen Becken im regelmässigen Zustande.

§. 52.

Das Becken ist der knöcherne Kanal, welcher dem ganzen Rumpfe zur Stütze dient, und durch welchen bei der Geburt das Kind hindurchgehen soll. Es besteht aus den beiden Seitenbeckenknochen oder ungenannten Beinen *(ossa innominata)*, dem Heiligen- oder Kreuzbeine *(os sacrum)* sammt den letzten Lendenwirbeln, und dem Steissbeine *(os coccygis)*.

Vergl. No. 109. — 439. — 1774.

§. 53.

In dem kindlichen Alter besteht jeder Seitenbeckenknochen aus drei Knochen, dem Hüft- oder Darmbeine *(os ilium)*, dem Schoos- oder Schambeine *(os pubis)* und dem Sitzbeine *(os ischii)*, welche nach dem siebenten Jahre mit einander fest verwachsen. — Eben dieses geschieht mit den in der Kindheit von einander getrennten Wirbelbeinen des Kreuzbeines, deren frühere Trennung später als sogenannte falsche Wirbelbeine nur noch durch Linien angedeutet wird. Die Seitenbeckenknochen werden mit einander durch die Schambeinfuge *(symphysis ossium pubis)* und mit dem Kreuzbeine durch die Kreuzdarmbeinfuge *(synchondrosis sacro-iliaca)* unbeweglich verbunden, während nur die Gelenkverbindung des Kreuzbeins mit dem Steissbeine

beweglich ist. — Ausser der Leichtigkeit und Schlankheit der Knochen hat das kindliche Becken eine verhältnissmässig grössere Höhe, der Eingang des Beckens ist von vorn nach hinten länger als von einer Seite zur anderen breit, und der Schambogen ist sehr spitz. Bis zu dem Eintritte der Pubertät verschwinden diese Eigenschaften allmählig und das Becken nimmt die Geschlechtsform an.

§. 54.

Im Gegensatze gegen das männliche Becken, welches in seiner Form weniger rücksichtlich des Kanals, und in der Stärke seiner Knochen vorzüglich rücksichtlich der an dasselbe befestigten Muskeln ausgebildet wird, besteht die geschlechtliche Entwickelung des weiblichen Beckens in der schlanken, leichten Ausbildung der Knochen, mit sanften Wölbungen und mässigen Hervorragungen, und in der eigenthümlichen Form seiner Höhle, als eines Canales, welcher nicht nur den Durchgang der Frucht gestattet, sondern auch denselben nach bestimmten Regeln bedingt.

§. 55.

Man theilt das Becken in das obere oder grosse, und das untere oder kleine Becken. Der Vorberg des Kreuzbeins, die ungenannte Linie der Darmbeine und der Kamm der Schambeine bilden die Grenzlinie zwischen beiden.

§. 56.

Das grosse Becken erhält seine hintere Wandung durch die unteren Lendenwirbel, seine Seitenwände

durch die Hüftbeine, und seine vordere Wand durch die Fallopischen Bänder und den untersten Theil der Bauchwandung. Es hat nur einen Durchmesser, von der vorderen oberen Spitze des Hüftbeinkammes der einen Seite bis zu der nämlichen Stelle der anderen Seite, welcher nach der mehr oder minder bedeutenden Neigung der Hüftbeine und nach der verschiedenen Ausschweifung derselben $8\frac{1}{2}$ bis $9\frac{1}{2}$ Par. Zolle beträgt.

§. 57.

Das kleine Becken, welches für den Durchgang der Frucht bei der Geburt von besonderer Wichtigkeit ist, wird in folgende vier Oeffnungen oder Aperturen eingetheilt: 1) die obere Apertur oder der Beckeneingang (*apertura pelvis superior seu abdominalis*), welcher durch die Grenzlinie zwischen dem grossen und kleinen Becken bezeichnet wird, 2) die mittlere Apertur oder Beckenhöhle, (*apertura pelvis media*) welche nach hinten durch die Verbindung des zweiten und des dritten falschen Wirbelbeins des Kreuzbeins, nach vorn durch die Mitte der Schambeinvereinigung, und nach den Seiten durch die innere Fläche der Pfannenwände angezeigt wird; 3) die dritte Apertur oder die engste Beckenöffnung (*apertura pelvis tertia*), welche nach hinten von dem unteren Ende des Kreuzbeins, nach vorn von dem unteren Rande der Schambeinfuge und nach beiden Seiten von den Sitzbeinstacheln begrenzt wird; und 4) die untere Apertur, der Ausgang, die Perinealöffnung (*apertura pelvis inferior seu perinealis*), deren Umfang die Spitze des Steissbeins, der Schambogen und die Sitzbeinhöcker anzeigen.

Vergl. No. 1778ᵇ S. 59.

§. 58.

Die Form und das Raumverhältniss dieser verschiedenen Beckenöffnungen wird durch folgende Durchmesser bestimmt.

a) In dem Beckeneingange bemerkt man vier Durchmesser: 1) den kleinen oder geraden Durchmesser (*diameter minor seu conjugata*) von dem Vorberge des Kreuzbeins bis zum oberen Rande der Schambeinvereinigung, 4 Zoll: wegen des höheren Standes des Vorberges ist das hintere Ende desselben 3 — 4 Linien höher als die übrigen Durchmesser; 2) den grossen oder Querdurchmesser (*diameter transversa*) von der concavesten Stelle der ungenannten Linie des Hüftbeins der einen Seite bis zu derselben Stelle der anderen Seite, 5 Zoll; 3) die zwei schiefen oder sogenannten Deventer'schen Durchmesser (*diametri obliquae*) von der Kreuz-Darmbeinfuge der einen Seite, bis zur Vereinigung des Hüft- und Schambeines der entgegengesetzten Seite, 4½ Zoll: zur besseren Verständigung nennt man den schiefen Durchmesser von der rechten Kreuz-Darmbeinfuge bis zum linken Schambeine den ersten, und den von der linken Kreuz-Darmbeinfuge bis zu dem rechten Schambeine den zweiten schiefen Durchmesser. Die Form des Beckeneinganges ist daher ein querliegendes Oval mit einem Eindrucke an der Stelle des Vorberges des Kreuzbeines.

§. 59.

b) Die mittlere Apertur, die weiteste Stelle des Beckens, ist nicht ringsum mit Knochen begrenzt, sondern hat zu beiden Seiten des Kreuzbeins leere

Räume, die ischiadischen Ausschnitte, welche durch Weichgebilde ausgefüllt sind. Sie hat folgende Durchmesser: 1) den grossen oder geraden Durchmesser von der Verbindung des zweiten und dritten falschen Wirbels des Kreuzbeins bis zu der Mitte der Schambeinvereinigung, 4½ und bei tieferer Aushöhlung des Kreuzbeins bis 5 Zoll; 2) den kleinen oder Querdurchmesser von dem hinteren, unteren Theile des Bodens der Pfanne bis zu derselben Stelle der anderen Seite, 4¼ — 4½ Zoll; 3) die beiden schiefen oder grössten Durchmesser von der Mitte des ischiadischen Ausschnittes der einen Seite bis zu dem *foramen obturatorium* der anderen Seite, 5 — 5½ Zoll. Die Form dieser Aperatur ist ein von vorn nach hinten gerichtetes Oval, welches durch die Nachgiebigkeit der Weichtheile in den ischiadischen Ausschnitten nach hinten breiter als nach vorn werden kann. Es ist dieses die Beckenstelle, an welcher vorzüglich die Drehung des Kopfes u. s. w. während der Geburt statt findet.

§. 60.

c) Die dritte Apertur, oder die engste Beckenöffnung, hat zwei Durchmesser: 1) den geraden Durchmesser von dem unteren Ende des Kreuzbeins bis zur unteren Fläche der Schambeinfuge, 4 Zoll, 2) den Querdurchmesser, von dem Sitzbeinstachel der einen Seite bis zu derselben Stelle der entgegengesetzten Seite, 3¾ — 4 Zoll. Die Form dieser Beckenöffnung ist beinahe zirkelrund und an der Stelle der Sitzbeinstacheln etwas eingedrückt.

Vergl. No. 1778 a.

§. 61.

d) Der Beckenausgang hat vier Durchmesser: 1) den geraden Durchmesser, von der Spitze des Steissbeins bis zu dem oberen Rande des Schambogens, 3½ Zoll, und durch Zurückweichen des beweglichen Steissbeines, 4½ Zoll; 2) den Querdurchmesser, von dem Sitzbeinhöcker der einen Seite bis zu derselben Stelle der anderen Seite, 4 Zoll; 3) die beiden schiefen Durchmesser, von den beiden Sitzbeinhöckern bis zu der Spitze des Steissbeins, 3¼ bis 4¼ Zoll. Die Form dieser Beckenöffnung ist beinahe zirkelförmig und nach hinten etwas erweitert.

§. 62.

Ausserdem sind in geburtshülflicher Hinsicht noch folgende Verhältnisse des weiblichen Beckens zu bemerken. 1) Die Diagonalconjugata, von dem oberen Rande des Schambogens bis zu dem Vorberge des Kreuzbeins, 4½ Zoll; 2) die Höhe des ganzen Beckens von dem Sitzbeinhöcker bis zu dem höchsten Punkte des Hüftbeinkammes, etwa 7 Zoll; 3) die Höhe des kleinen Beckens hinten 4½ — 5 Zoll, an der Seite 3½ — 4 Zoll, die Höhe der Symphyse 1½ Zoll, die Höhe des Schambogens 2 Zoll; 4) die Entfernung des Dornfortsatzes des letzten Lendenwirbels von der äusseren Fläche der Schambeinvereinigung 7 Zoll; 5) die Entfernung der grossen Drehhügel (*Trochanter major*) von einander, 12 — 13 Zoll.

§. 63.

Ferner 6) die Aushöhlung des Kreuzbeins, welches 4½ Zoll hoch und 3½ Zoll breit ist, beträgt von

oben nach unten einen halben bis einen ganzen Zoll; häufiger nähert sie sich dem letzteren: die Querwölbung des Kreuzbeins, von einem Flügel desselben bis zu dem andern, ist sechs Linien tief, und wenn man diese Chorde in Gedanken bis vor den Vorberg erhebt, so beträgt die Tiefe noch zwei Linien. 7) Der Antheil der Beckenknochen an der Conjugata beträgt daher: a) der Antheil der Querwölbung des Kreuzbeins 2 Linien, b) der ungenannten Linie der Darmbeine 2 Zoll 4 Linien, c) der Horizontaläste der Schambeine 1 Zoll 6 Linien.

§. 64.

8) Der Winkel des Schambogens beträgt 90°; der Winkel des Schenkelhalses zu dem Schenkelknochen 120°; der Winkel, unter welchem sich die in Gedanken verlängerten Achsen des Schenkelhalses vor dem Vorberge schneiden, 100°. Der Vorberg des Kreuzbeins steht 2″ 10‴ — 3″ 10‴ höher, als der obere Rand der Schambeinfuge; die Spitze des Steissbeins steht in gewöhnlicher Richtung dieses Knochens zwischen 9‴ unter und 22‴ über der Höhe des Schambogens, in der mittleren Zahl also 7‴ Linien über demselben.

§. 65.

9) Die Neigung des Beckens (*inclinatio*), wodurch die Richtung des Beckencanales zu dem übrigen Körper bestimmt wird, wurde von J. J. Müller zu 45°, von Levret und Stein d. ä. zu 35°, von Osiander zu 30°, von Froriep zu 43°, von Carus zu 55°, von Nägelé zu 60° angenommen. Da die Neigung des Beckens bei dem Weibe von schlankem Baue, grossem Wuchse, mit längerem Halse und sanfter Biegung des Rückgrates geringer, bei dem kleineren Weibe von

gedrungenem Baue mit kurzem Halse, mit stärkerer Biegung des Rückgrates, grösser, besonders gering aber bei der vorzüglichen Entwickelung der weiblichen Schönheit ist, so kann man annehmen, dass die Neigung des Beckens innerhalb der Grenzen der Normalität von 45° — 60° beträgt, sich aber in der Mehrzahl der Fälle der stärkeren Neigung annähert. Bei geringerer Neigung pflegt gleichzeitig die Aushöhlung des Kreuzbeins geringer, bei grösserer Neigung grösser zu seyn. — Die Neigung des Thierbeckens ist so gross, dass die Schambeinvereinigung gar nicht mehr dem Kreuzbeine gegenübersteht.

Vergl. No. 1530. — 1787. — 2152. — 2465. B. II. S. 257.

§. 66.

Die Mittellinie (Achse, Directionslinie, Führungslinie) des Beckens besteht aus einer geraden und einer krummen Linie. Die gerade Linie verhält sich zum Horizonte wie die Neigung des Beckeneinganges, also 45° — 60°, und geht in die Beckenhöhle hinab bis zu der Höhe der Verbindung des zweiten und dritten Kreuzwirbels; von da an krümmt sie sich mehr ab- und vorwärts, und der Grad dieser Krümmung wird bestimmt durch die mehr oder minder starke Biegung des untern Abschnittes des Kreuzbeins und die Richtung des Steissbeins.

§. 67.

Auf den angegebenen Verhältnissen beruhet die Normalität des weiblichen Beckens, von welcher die Geburt und deren günstiger Verlauf abhängig ist. Nach der Grösse und Entwickelung des Weibes finden zwar Abweichungen statt, wodurch die angegebenen

Verhältnisse bald grösser bald geringer werden; doch darf dieses nur in mässigem Grade geschehen, wenn dadurch nicht ein nachtheiliger Einfluss auf die Geburt entstehen soll. Besonders müssen aber die Verhältnisse des Beckens untereinander übereinstimmen, indem schon geringe Abweichungen in dieser Rücksicht Geburtshindernisse veranlassen.

§. 68.

Im höheren Alter verlieren sich diese Beckenverhältnisse wieder mehr oder minder. Der Vorberg des Kreuzbeins sinkt tiefer hinab, das Kreuzbein krümmt sich stärker, der Beckeneingang nimmt wieder die Form des kindlichen Alters an, indem er schmäler und länger wird, der Schambogen verengt sich und sein Winkel wird spitzer. Die Verbindungen der einzelnen Beckenknochen werden verknöchert, die Gelenkverbindung des Steissbeins steif. Wenn zuweilen noch Erweichung der Knochen hinzukommt, so nimmt das Becken die Form an, welche die Ostermalacia während der Pubertät hervorbringt.

§. 69.

Das weibliche Becken von vorzüglicher Schönheit zeichnet sich durch besondere Schlankheit und Leichtigkeit seiner Knochen, sanfte Biegungen und sehr mässiges Hervortreten der Kämme, Stacheln u. s. w. aus. Die Darmbeinschaufeln sind breit, sanft aufgerichtet und sehr mässig ausgehöhlt, und das Kreuzbein breit. Der Beckeneingang nähert sich der Kreisgestalt. Das Kreuzbein ist so sanft ausgehöhlt, dass seine Tiefe nur einen halben Zoll beträgt, und die Neigung des Beckens ist selten über 45° — bis 50°.

§. 70.

Die Abweichungen des Beckens, welche ohne gerade das Becken fehlerhaft zu machen, doch in Verbindung mit anderen Ereignissen, z. B. grossem Kindeskopfe, übler Stellung desselben u. s. w., Geburtshindernisse veranlassen können, sind entweder mit einer bestimmten allgemeinen Körperform oder Entwickelung vorhanden, oder mehr für sich bestehend.

§. 71.

Bei unentwickeltem Zustande des ganzen weiblichen Körpers oder zu jugendlichem Alter findet man das Becken im Allgemeinen noch mehr der kindlichen Form angenähert; daher ist zuweilen der Beckeneingang mehr einem von vorn nach hinten gehenden Ovale ähnlich, und der Schambogen enger und höher als gewöhnlich. — Bei der mehr männlichen Entwickelung des weiblichen Körpers ist das Becken im Allgemeinen stärker, schwerer, die Kämme dicker, die Stacheln hervorragender und alle Biegungen schärfer: allein demungeachtet nähert sich das Becken in seiner Form nur wenig dem männlichen, sondern vielmehr dem Becken des alternden Weibes. Daher findet man das Promontorium stärker hervortretend, die Aushöhlung des Kreuzbeins tiefer, den Schambogen minder geräumig und die Neigung des Beckens stärker.

§. 72.

Als Abweichungen, welche für sich bestehen, findet man die Form des Beckeneinganges mannichfach verändert: ausser den genannten Formen gehört vorzüglich hieher die abgestumpfte Kartenherzform desselben, bei welcher die Horizontaläste der Schambeine,

statt gewölbt, mehr in geraden Linien der Schambeinfuge zulaufen. Ausserdem gehört hierher der ohne alle anderen Abweichungen vorhandene tiefe Stand des Vorberges, so dass derselbe der ungenannten Linie entweder gleich oder doch nur nahe über derselben steht: die Conjugatia wird hierdurch merklich verengert. Ferner ist hieher zu rechnen die zu flache Lage der Darmbeinschaufeln, welche Schieflage des schwangeren Uterus nach einer Seite, und die zu aufgerichtete Stellung derselben, welche Schieflage des schwangeren Uterus nach vorn begünstiget.

Drittes Kapitel.

Von den weichen Fortpflanzungsorganen des Weibes.

§. 73.

Die weichen Fortpflanzungsorgane des Weibes bestehen aus den äusseren Geschlechtstheilen, dem Uterus, den Fallopischen Röhren, der Mutterscheide, den Eierstöcken und den Brüsten.

Vergl. No. 213. — 765. — 1501. — 1617. — 2343. —

§. 74.

Die äusseren Geschlechtstheile werden gebildet durch den Schamberg, die grossen und kleinen Schamlippen, die weibliche Ruthe, das Schamlippenbändchen, das Mittelfleisch, die Scheideklappe und den Scheideneingang.

§. 75.

Der Schamberg (*mons veneris*) ist ein Fettpolster unter der Haut am untersten Ende des Bauches auf der Schambeinfuge, welches sich erst mit der eintretenden Pubertät ausbildet und dann mit Haaren besetzt ist.

§. 76.

Die grossen oder äusseren Schamlippen (*labia pudendorum majora*) sind zwei starke mit Zellgewebe und Fett gefüllte, gefässreiche, sehr dehnbare Hautfalten, welche von dem Schamberge anfangend, allmählig dünner werden und an dem Mittelfleische durch das Schambändchen verbunden werden. An ihrer äusseren Fläche sind sie bräunlich und zum Theil mit Haaren besetzt; an ihrer inneren Fläche ist die Haut sehr zart und roth. Zwischen ihnen liegt die Schamspalte (*rima pudendorum*), welche im jungfräulichen Zustande durch das Aneinanderschliessen derselben geschlossen ist.

§. 77.

Die inneren oder kleinen Schamlippen, Wasserlippen, Nymphen (*labia pudendorum minora*) sind faltenartige, nerven- und gefässreiche Fortsetzungen der inneren Haut der äusseren Schamlippen, von rother Farbe und grosser Empfindlichkeit. Sie sind reich an Talgdrüsen, und dienen bei der Geburt vorzüglich zur Erweiterung der Schamspalte.

§. 78.

Zwischen den grossen Schamlippen und unter der oberen Vereinigung der kleinen Schamlippen liegt die weibliche Ruthe (*clitoris*) mit der sie umgebenden Vorhaut. Un-

ter und hinter derselben ist der wulstige und empfindliche Ausgang der Harnröhre.

Vergl. No. 1542. — 2252 a.

§. 79.

Die untere Vereinigung der Schamlippen wird durch das mehr oder minder breite und sehr dehnbare Mittelfleisch oder Damm (*perinaeum*) begrenzt, welches den Raum zwischen dem Schamlippenbändchen und dem After ausfüllt, und aus Muskeln, Zellgewebe und der allgemeinen Decke besteht.

§. 80.

In der Schamspalte ist der Scheideneingang (*introitus vaginae*), welcher im jungfräulichen Zustande durch die Scheidenklappe (*Hymen*) grössten Theils verschlossen ist. Durch den Beischlaf wird die letztere in der Regel zerrissen, und es entstehen dadurch am Scheideneingange drei bis vier kleine Hervorragungen, (*caruncula myrtiformes*), welche man neuerdings mit Unrecht für eigenthümliche drüsige Organe erklären wollte.

Vergl. No. 757. — 1020. — 1434. — 1591, B. II. St. 1. p. 1. — 2230. — 2281. —

§. 81.

Die inneren Geschlechtstheile bestehen aus der Gebärmutter mit ihren Fortsätzen, der Mutterscheide, den Fallopischen Trompeten und den Eierstöcken. Sie sind im Embryo ein Fortsatz des Darmkanals und von darmartiger Beschaffenheit und werden nur allmählig zu der eigentlichen Form und Beschaffenheit ihrer einzelnen Theile entwickelt, welche sie im mannbaren Weibe haben.

§. 82.

Die Mutterscheide, Scheidenkanal, (*vagina uteri*) ist ein gekrümmter Canal, mit kürzerer, vorderer und längerer hinterer Wand, und besteht aus einer äusseren Muskel- und einer inneren Schleimhaut, welche letztere sehr faltig und mit zahlreichen Schleimsäcken versehen ist. Sie bildet nach oben das Scheidengewölbe, welches den unteren Theil des Mutterhalses umschliesst. Die Weite der Mutterscheide beträgt zwar im jungfräulichen Zustande kaum einen Zoll, sie wird aber während der Geburt bis zu der Weite des Beckenkanals erweiterungsfähig.

Vergl. No. 213. Tab. 1. Fig. 4. — 1020. — 1395. Tab. 12. Fig. 1—2. — 1483 a. —

§. 83.

Die Gebärmutter, Fruchthälter (*uterus*) ist in dem Kindesalter cylinderförmig, in dem mannbaren, noch nicht geschwängerten Zustande von der Gestalt einer plattgedrückten Birne, während der Schwangerschaft eiförmig, nach der Geburt birnförmig, und wird im höheren Alter wieder cylinderförmig, wobei sie sich in zwei Höhlen, eine obere und eine untere theilt. — Sie liegt im ungeschwängerten Zustande in dem oberen Theile des kleinen Beckens, so dass ihre Achse ungefähr mit der Achse des Beckeneinganges übereinstimmt.

Vergl. No. 39. — 696. — 1037. — 1038. — 1075. 1312. — 1387. 3. H. Tab. 10. Fig. 4—5. — 1759. — 1795. — 2079.

§. 84.

Die Substanz der Gebärmutter besteht aus einem Gewebe von Zell- und Muskelfasern, Blutgefässen, mit

Ueberwiegen der Venen, Lymphgefässen und Nerven; die Nerven sind am zahlreichsten am Mutterhalse: die Muskelfasern, welche von Einigen mit Unrecht geleugnet, von Andern aber für Halbmuskeln erklärt werden, entwickeln sich unwiderleglich deutlich während der Schwangerschaft. An dem oberen Theile des Uterus ist die Substanz desselben dick, aber lockerer und sehr entwickelungsfähig, minder dick, aber fester an dem mittleren Theile, und am dünnsten, aber von beinahe knorpelartiger Festigkeit an dem unteren Theile.

Vergl. No. 94ª B. 1. S. 88. — 98. — 473. — 1321 — 1449. — 1745. B. VII. p. 342. — 1812. — 2383.

§. 85.

Man unterscheidet an dem Uterus drei Theile: 1) den oberen Theil, Muttergrund (*fundus uteri*), 2) den mittleren Theil, Mutterkörper (*corpus uteri*), und 3) den unteren Theil, Mutterhals (*collum s. cervix uteri*): den untersten Theil des Mutterhalses, so weit er von dem Scheidengewölbe umgeben in die Mutterscheide ragt, nennt man die Scheidenportion der Gebärmutter (*portio uteri vaginalis*), an welcher der äussere Muttermund (*orificium uteri externum*) mit seiner vorderen längeren und hinteren kürzeren Lippe und dem zwischen diesen befindlichen Querspalt bemerkt wird; der innere Muttermund (*orificium uteri internum*) bildet die Grenze zwischen dem Mutterkörper und Mutterhalse, und der Raum zwischen dem äufseren und inneren Muttermund heisst der Kanal des Mutterhalses (*canalis cervicis*). Die Höhle der Gebärmutter (*cavum uteri*) ist in unge-

schwängertem Zustande in dem Mutterkörper, und bildet ein Dreieck, dessen Winkel in die Mündungen der Trompete und des Mutterhalses übergehen.

§. 86.

Die Befestigung des Uterus ist wegen der erfolgenden Veränderung seiner Gröfse und Lage während der Schwangerschaft, locker, und wird durch die breiten Mutterbänder, Fortsätze des Bauchfelles, an die Seiten des Beckens und durch die runden Mutterbänder, Fortsätze der Substanz des Uterus, an die vordere Seite des Beckens bewirkt.

Vergl. No. 213. Taf. 1. Fig. 4. — 1395. Livr. 3—4. Tab. 12. Fig. 1. Tab. 16. Fig. 2.

§. 87.

Die Muttertrompeten *(tubae Fallopii)* sind zwei Fortsätze des Uterus, deren Substanz der des Uterus ähnlich ist. Sie haben einen engen Canal und laufen zu beiden Seiten in den breiten Mutterbändern nach Aussen. Ihre Mündungen in den Uterus sind enger, als die äusseren, welche mit breiten, häutigen Franzen umgeben sind.

Vergl. No. 1395. Livr. 3. Tab. 12. Fig. 1. Tab. 13. Fig. 2. — 1745. B. VII. p. 294.

§. 88.

Die Eierstöcke *(ovaria)* liegen zu beiden Seiten des Uterus, und werden mit demselben durch einen Fortsatz des breiten Mutterbandes, den Fledermausflügel verbunden. Zur Zeit der Mannbarkeit bemerkt man an ihnen kleine weissliche Bläschen, die Graaf'-

schen Eier *(vesiculae s. ovula Graafiana)*, welche, wenn sie durch die Befruchtung abgelöst werden, kleine gelbliche und erhabene Narben *(corpora lutea)* zurücklassen.

Vergl. No. 213. Tab. 12. Fig. 1. — 1395. Livr. 3. Tab. 12. Fig. 1. Tab. 13. Fig. 2. Tab. 15. Fig. 3—4. — 1495. — 1810 b. — 1813 a.

§. 89.

Die weiblichen Brüste sind grosse drüsige Organe und werden erst mit dem Eintritt der Mannbarkeit entwickelt, und mit dem Erlöschen derselben wieder zurückgebildet: sie sitzen halbkugelförmig und etwas nach Aussen gewendet auf dem grossen Brustmuskel. Die sie bedeckende Haut ist in den Jahren der Mannbarkeit sehr weiss und zart, und in ihrer Mitte befinden sich die Brustwarzen mit den Endigungen der Milchgänge, umgeben mit dem dunkler gefärbten röthlichen oder braunen Hofe *(areola.)*

Vergl. No. 213. Taf. VI. Fig. 3—6. — 278. — 1067. — 1169. — 1188 a. — 1407. — 1666. — 1881 a.

§. 90.

Die Verrichtungen der weiblichen Geschlechtsorgane ausser der Schwangerschaft, Geburt und Säugegeschäft sind nur wenig, indem sie sich auch selbst, während der Zeit der Geschlechtsreife, in einem ruhenden Zustande befinden, so lange sie nicht durch die Befruchtung zur Thätigkeit aufgerufen werden. Die vorzüglichste Verrichtung derselben ist in dieser Zeit die Menstruation (§. 47—49); ausserdem ist aber

nicht zu übersehen, dass sie als das Centralsystem des weiblichen Körpers mit den wichtigsten Organen desselben in einem bedeutenden consensuellen Verhältnisse stehen, welches sich schon bei krankhaften Zufällen im nichtschwangeren Zustande, besonders aber während der eigentlichen Thätigkeit derselben, ausspricht.

Zweite Abtheilung.

Physiologie und Diätetik der Geburtskunde.

Erster Abschnitt.

Von der regelmässigen Schwangerschaft und deren Behandlung.

Erstes Kapitel.

Von der Schwangerschaft im Allgemeinen.

§. 91.

Wenn durch den fruchtbaren Beischlaf der Keim zu einem neuen Menschen belebt worden ist, so heisst dieses die Befruchtung. Wird derselbe an einer Stelle des weiblichen Körpers niedergelegt, welche mit ihm in ein Vitalitätsverhältniss tritt, so dass er daselbst ernährt werden kann, so ist dieses die Empfängniſs, welche der Anfang der Schwangerschaft ist, einer Verrichtung, durch welche das Product eines fruchtbaren Beischlafes in dem weiblichen Körper ernährt und ausgebildet wird.

Vergl. No. 203. — 317. B. I. — 1668. B. III. S. 802.

§. 92.

Man unterscheidet die Schwangerschaft in die regelmässige und regelwidrige. Bei der regelmässigen Schwangerschaft wird das Eichen durch die Thätigkeit der Muttertrompeten *(motus peristalticus)* in die Gebärmutter geführt, und wird dort befestigt, erhärt und entwickelt. Sie dauert etwa vierzig Wochen oder 275—280 Tage. Durch manche Umstände kann indessen die Geburt früher oder später eintreten.

§. 93.

Bei der regelwidrigen Schwangerschaft gelangt das Eichen nicht in die Gebürmutter, sondern wird an einer anderen Stelle befestigt und ernährt. Man nennt dieses Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter *(graviditas extrauterina)*, welche nach der Stelle der Empfängniss verschiedene Arten hat. Wenn das Ei oder die Frucht durch Zerreissen des Eierstockes, der Muttertrompeten, des Uterus oder Mutterscheide in die Bauchhöhle kommt, so kann dieses nur in dem seltensten Falle noch zur Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter gerechnet werden, wenn die Ernährung des Kindes fortdauert.

§. 94.

Ferner theilt man die Schwangerschaft in die einfache *(graviditas simplex)* und die mehrfache *(graviditas multiplex.)* Bei der ersteren ist nur ein Eichen befruchtet worden, bei der letzteren mehrere; alsdann heisst dieselbe nach der Zahl der Früchte,

Zwillings-, Drillings-, Vierlings-, Fünflingsschwangerschaft u. s. w. Die höchste Zahl von gleichzeitig in der Gebärmutter ernährten Früchten soll sieben seyn; doch kommt dieselbe nur höchst selten vor. Die Erzählungen von grösseren Zahlen gehören in das Gebiet der Fabel.

Vergl. No. 1600. B. 1. Abth. 1. S. 320.

§. 95.

Die Befruchtung mehrerer Eier zugleich kann zwar durch einen einzigen fruchtbaren Beischlaf statt finden; eben so kann dieselbe auch durch verschiedene Begattungsacte, sogar von verschiedenen Männern, bewirkt werden, wie die Zwillingsfrüchte, welche von Vätern verschiedener Menschenracen gezeugt wurden, beweisen.

Vergl. No. 62. Sept. Tom. VIII. — 67. 1809. St. 180. 1820. St. 205. — 1027. B. 1. S. 451. — 1098. 1807. Jan. — 2238. Vol. IV.

§. 96.

Bei regelmässiger Bildung des Uterus nimmt man an, dass dieses nur durch Ueberbefruchtung (*superfoecundatio*) geschehen könne, indem die zweite Befruchtung erfolgte, ehe noch das erste Ei im Uterus angekommen war, und dass die Ueberschwängerung (*superfoetatio*), bei welcher die zweite Befruchtung erst später, nachdem das erste Ei bereits eine Zeit lang empfangen war, nur dann erfolgen könne, wenn ein doppelter Uterus vorhanden ist, oder wenn die erste Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter stattfindet. Doch will man in der neueren

Zeit auch Beobachtungen für die wirkliche Ueberschwängerung bei regelmässigem Baue des Uterus und vorausgegangener Uterinschwangerschaft haben.

Vergl. No. 774. — 1600 B. I. Abth. 1. S. 323. — 1810d. — 2086. — 2273.

§. 97.

Die Eintheilung in wahre Schwangerschaft (*graviditas vera*), wo das Product eines fruchtbaren Beischlafes in dem weiblichen Körper ernährt wird, und falsche Schwangerschaft (*graviditas spuria*) oder scheinbare Schwangerschaft (*graviditas apparens*), wo Erscheinungen der Schwangerschaft, ohne das Vorhandensein derselben, eintreten, ist unpassend, und die von Manchen angenommene vermischte Schwangerschaft (*graviditas mixta*) aus gleichzeitiger wahrer und scheinbarer Schwangerschaft bestehend, nicht zu erklären. — Ausserdem kann auch die Schwangerschaft nach dem Geschlecht der Früchte in Knaben- und Mädchenschwangerschaft eingetheilt werden.

Vergl. No. 1028. 1820 Januar.

Zweites Kapitel.

Von den Veränderungen in dem weiblichen Körper während der regelmässigen Schwangerschaft.

§. 98.

Durch die Befruchtung, noch mehr aber durch die Entwickelung der Zeugungsorgane während der

Schwangerschaft und das Vitalitätsverhältniss zwischen Mutter und Frucht, gehen in dem weiblichen Körper gewisse Veränderungen vor sich, deren wahrnehmbare Erscheinungen die Zeichen der Schwangerschaft sind. Alle vorgehenden Veränderungen können indessen in dem lebenden Körper nicht wahrgenommen, sondern verschiedene derselben erst durch die anatomische Untersuchung entdeckt werden.

Vergl. No. 1179ᵃ.

I. Von dem allgemeinen Befinden der Schwangeren.

§. 99.

Der fruchtbare Beischlaf ist gemeiniglich mit einem besonders grossen Wollustgefühl, zuweilen auch mit einigem Schmerzgefühl verbunden. Es folgt darauf eine allgemeine Abspannung, Unbehaglichkeit, mit empfindlichem Ziehen, Gefühl von Wärme und Vollheit im Unterleibe, ein leichter Schauder vom Unterleibe oder der Kreuzgegend ausgehend, zuweilen Ohnmachten und die Neigung, die Schenkel übereinander zu schlagen. In manchen Fällen wird ein aufgeregter Zustand und erhöhete Empfindlichkeit gefunden. Doch sind diese Erscheinungen durchaus nicht beständig.

§. 100.

Als Erscheinungen der eingetretenen Schwangerschaft beobachtet man Verstimmung der gewöhnlichen Laune, welche sich bald als Uebellaunigkeit, bald als ungewöhnliche Heiterkeit zeigt, mit Neigung zu ungewöhnlicher Gemüthsbewegung, ungewöhnliche Neigung zum Schlafe, Kältegefühl abwechselnd mit fliegender

Hitze, Gefühl von Kriebeln und Einschlafen der Extremitäten, gesteigerte Empfindlichkeit der äusseren Sinneswerkzeuge, Kopfschmerz, Zahnschmerz, Schwindel, Ohnmachten, Abneigung gegen den Beischlaf, oder ungewöhnliche Neigung zu demselben. Die Thätigkeit der Verdauungswerkzeuge wird verstimmt, es tritt Empfindlichkeit der Magengegend, Ekel, Uebelkeit und Erbrechen, Widerwillen gegen manche gewohnte und Gelüsten zu ungewöhnlichen Speisen ein; die Stuhlausleerung wird verändert, und es ist Trieb zum Urinlassen mit einigem Schmerze, auch wohl erschwerte Urinausleerung vorhanden.

§. 101.

Die Respiration wird beengt und es erfolgen Congestionen nach verschiedenen Theilen, zuweilen auch Nasenbluten. Die Haut wird schlaffer als gewöhnlich, ihre Farbe blässer oder trüber, besonders um die Augen und Nasenflügel, und die Hautsecretion bald vermehrt bald vermindert; die Gesichtszüge werden verändert und das Gesicht bald eingefallen, bald aufgedunsen: es entstehen kleine Ausschläge an der Stirne und den Schläfen, vorhandene chronische Hautausschläge und Augenentzündungen verschwinden, Leberflecken und Muttermähler bekommen eine dunklere Farbe und es entstehen neue Leberflecken. Der Hals, die Umgebung der äusseren Geschlechtstheile, das Gesäss und die Oberschenkel schwellen an, zuweilen bildet sich ein Kropf. Die Venen treten mehr hervor und es entstehen Blutaderknoten, besonders an den unteren Extremitäten: die Brüste schwellen an, werden fester, und leichte Stiche durch dieselben werden gefühlt; ihre Venen

schimmern bläulich durch, die Brustwarze tritt mehr hervor, der Hof derselben wird dunkler gefärbt, und eine wässerige Feuchtigkeit kann aus der Warze ausgedrückt werden. Die Füsse, Unterschenkel und zuweilen die äussern Geschlechtstheile schwellen nicht selten ödematös an.

§. 102.

Die Reproductionsthätigkeit in dem weiblichen Körper wird während der Schwangerschaft erhöhet, insbesondere in Beziehung auf das allgemeine Leben der Schwangeren; Schwindsüchtige bessern sich daher, wenn sie schwanger werden, sterben aber einige Zeit nach der Geburt. — Der Athmungsprocess wird hingegen während der Schwangerschaft herabgesetzt. — Die Funktion der Leber wird gestört; daher entstehen nicht selten gelbsüchtige Erscheinungen. — Die Menstruation bleibt in der Regel mit dem Eintritte der Schwangerschaft aus; doch erscheint sie zuweilen noch unordentlich und zu unbestimmten Zeiten in den ersten Monaten: die späteren periodischen Blutausleerungen gehören häufiger einem krankhaften Zustande, Blutaderknoten der Scheide, Placenta praevia u. s. w. an. In seltenen Fällen fehlt die Menstruation ausser der Schwangerschaft ganz, und tritt nur während derselben ein.

II. Von den Veränderungen der weiblichen Geschlechtstheile während der Schwangerschaft.

§. 103.

Durch den fruchtbaren Beischlaf werden die Zeugungsorgane und besonders die Gebärmutter, die Mut-

tertrompeten und die Eierstöcke in einen Zustand von Turgescenz gesetzt, während ihre eigenthümlichen Vitalitätsverhältnisse gesteigert werden. Die Wandung des Uterus strotzt von Säften, die vordere Wand desselben entfernt sich von der hintern, und durch diese dem Entzündungszustande ähnliche Thätigkeit wird auf der Oberfläche derselben eine lymphatische Feuchtigkeit abgesondert, welche später als Siebhaut *(membrana decidua)* die ganze innere Oberfläche der Höhle überzieht und die Ausgänge der Trompeten und des Mutterhalses verschliesst, während ein Schleimpfropf den Kanal des Mutterhalses ausfüllt.

§. 104.

Die Wände des Uterus werden dicker und die Höhle desselben verliert ihre dreieckige Form, der Mutterhals wird weicher und dicker, der äussere Muttermund verliert seinen Querspalt, verändert seine Form in eine runde Oeffnung und die Lippen desselben werden sich an Länge beinahe gleich. Die Gebärmutter verändert ihre Richtung, indem sie sich mehr aufrichtet. — Die Mutterscheide und die äusseren Geschlechtstheile sind turgescirend und gemeiniglich feuchter und wärmer. — Der Unterleib ist dicker und weicher, zuweilen auch wärmer, als vorher, doch kann man den Gebärmuttergrund nicht unterscheiden. — So findet man die Geschlechtstheile im ersten Monate der Schwangerschaft.

§. 105.

Im zweiten Monate (5te bis 8te Woche) findet man den Unterleib wieder platter, wenn dieses nicht

durch die dicke Beschaffenheit der Bauchdecken zu bemerken erschwert wird: bei der inneren Untersuchung zeigt sich der Mutterhals gerade abwärts gerichtet und tief stehend, und die runde Oeffnung des äusseren Muttermundes ist ausgebildet: die schwerer gewordene Gebärmutter hat sich in das Becken gesenkt. Die Brüste sind angeschwollen, gespannt und etwas empfindlich.

§. 106.

Im dritten Monate (9te bis 12te Woche) ist der Unterleib etwas mehr gewölbt, der Mutterhals hat sich mehr erhoben und ist etwas mehr nach hinten gerichtet und wulstiger: der ausgedehnter gewordene Uterus hatte keinen Raum im Becken und erhob sich daher. Es finden leichte Stiche in den Brüsten statt, und der Hof der Brustwarze wird dunkler.

§. 107.

Im vierten Monate (13te bis 16te Woche) ist der Unterleib merklich gewölbt, so dass es gewöhnlich schon auf den ersten Blick auffällt; bei mässiger Dicke der Bauchdecken und in der Rückenlage der Schwangeren kann man den Gebärmuttergrund einige Finger breit über den Schambeinen unterscheiden. Die Scheidenportion ist weicher, und steht höher, mit noch mehr nach hinten gerichtetem Muttermunde. Die Brustwarzen werden dicker und ihre Oberhaut bekommt leichte Risse.

§. 108.

Im fünften Monate (17te bis 20ste Woche) nimmt die Wölbung des Unterleibes zu, besonders auch nach

den Seiten, und die Höhe des Muttergrundes steht ungefähr in der Mitte zwischen dem Nabel und dem Kamme der Schambeine. Die Scheidenportion ist schwerer zu erreichen, wulstiger und noch mehr nach hinten und etwas links gerichtet.

§. 109.

Im sechsten Monate (21ste bis 24ste Woche) ist in dem ausgedehnteren Unterleibe der Muttergrund bis an den Nabel gestiegen, die untern Runzeln der Nabelgrube werden glatt (der Nabel fängt an zu verstreichen); die Schwangere fühlte schon seit der 20 bis 21sten Woche die Bewegung des Kindes als ein leichtes, schnelles Anstossen, und gegen die 24te Woche kann dieselbe auch bei aufmerksamer Untersuchung der Geburtshelfer bemerken. Die Scheidenportion ist weicher und etwas kürzer als früher, und bei geringer Neigung des Beckens ist zuweilen schon jetzt der vorliegende Kopf des Kindes durch das Scheidengewölbe zu fühlen.

§. 110.

Im siebenten Monate (25te bis 28te Woche) wird der bedeutender ausgedehnte Leib so gespannt, dass der zwei bis drei Fingerbreit über dem Nabel und etwas rechts gerichtete Muttergrund nicht leicht unterschieden wird; die Nabelgrube wird flacher. Da der untere Abschnitt der Gebärmutter nun zur Erweiterung der Höhle derselben verwendet wird, so wird die Vaginalportion noch mehr als bisher verkürzt und weicher, und der Muttermund steht noch höher und mehr nach hinten gerichtet. Das Scheidengewölbe wird hinter den Schambeinen flacher, und durch das-

selbe wird der noch sehr bewegliche Kopf des Kindes gefühlt. — Die Brüste werden dicker und härter, und die Venen derselben schimmern bläulich durch die Haut; eine wässerig-milchige Feuchtigkeit kann jetzt aus denselben gedrückt werden und fliesst auch zuweilen von selbst aus.

§. 111.

Im achten Monate (29ste bis 32ste Woche) steht der Muttergrund bei grosser Spannung der Bauchdecken ungefähr in der Mitte zwischen dem Nabel und der Herzgrube und etwas rechts: die Falten der Nabelgrube sind ganz ausgeglichen und die letztere flach und weich (der Nabel ist verstrichen.) Die Bewegung des Kindes ist lebhaft und neben dem Nabel sind zuweilen Gliedmassen des Kindes zu fühlen. Die Mutterscheide ist weiter und weicher, die Scheidenportion des Uterus ist kürzer (⅓ Zoll), dicker und wulstig, und der Muttermund steht hoch und nach hinten und links gerichtet. Das Scheidengewölbe wendet sich convex abwärts und der Kopf des Kindes ist durch dasselbe zu unterscheiden, indem er bei einem Fingerdrucke emporsteigt, aber bald wieder auf den Finger herabsinkt.

§. 112.

Im neunten Monate (33ste bis 36ste Woche) steigt der Muttergrund allmählig bis zu seiner grössten Höhe in der Herzgrube, welche er am Ende dieses Monates erreicht: die Bauchdecken zwischen dem Nabel und der Herzgrube werden durch die Ausdehnung sehr verdünnt, und der Bauch erreicht jetzt seinen grössten Umfang, wodurch die Bewegung und

das Athmen der Schwangern erschwert wird. Die Kindestheile werden durch die Bauchdecken deutlich gefühlt, und der Nabel wölbt sich blasenartig empor. Die Scheidenportion ist bis auf ¼ Zoll verkürzt und verschwindet bis zu Ende des Monats ganz (der Mutterhals ist verstrichen), indem nun der ganze Mutterhals zur Vergrösserung der Gebärmutterhöhle verwendet worden ist, so dass nur noch der wulstige äussere Muttermund übrig bleibt, welchem der innere Muttermund jetzt ganz nahe liegt. Der Muttermund steht hoch in der Nähe des Vorbergs und links gerichtet: der Kopf des Kindes drängt das Scheidengewölbe abwärts und weicht zwar dem Fingerdrucke, ohne jedoch den Finger zu verlassen.

§. 113.

Im zehnten Monate (37ste bis 40ste Woche) erfolgt die Vorbereitung zur Geburt. Die Gebärmutter verändert ihre Form, und ihre Wandung gestaltet sich mehr nach dem Umfange des Kindes. Der Muttergrund sinkt allmählig bis in die Mitte zwischen der Herzgrube und dem Nabel, zuweilen noch tiefer, herab: die verdünnten Bauchdecken über demselben werden schlaff, so dass man ihn leicht umgreifen kann. Auch an den Seiten fällt der Bauch ein und wird spitziger nach vorn; im Gehen hält die Schwangere den Oberkörper mehr rückwärts, fühlt sich aber, besonders rücksichtlich der Respiration, erleichtert. Der Nabel ist blasenförmig hervorgetrieben. Die Bewegung des Kindes ist lebhaft und die Kindestheile sind äusserlich deutlich zu fühlen. Der vordere untere Theil des Uterus senkt sich mit dem festaufliegenden

und schwer beweglichen Kopfe der Frucht in den Beckeneingang. Die Mutterscheide ist weich, erweitert, verkürzt und die Temperatur und Schleimabsonderung derselben erhöhet; die Schleimsäcke derselben treten zuweilen als platte härtliche Körperchen aus der Oberfläche hervor. Der Muttermund steht ganz nach hinten, ist aber wegen des tieferen Standes gemeiniglich leichter zu erreichen; seine wulstigen Lippen verstreichen sich endlich bis gegen das Ende des Monats völlig, so dass sie papierdünn und sehr zart anzufühlen sind (*orificium chartaceum*), und dadurch nicht selten die Unterscheidung desselben erschweren. Bei Mehrgeschwängerten, bei welchen der äussere Muttermund immer länger und äusserlich offen bleibt, so dass die Fingerspitze fingerhutartig in denselben eindringen kann, erfolgt zwar das Verstreichen der äusseren Muttermundslippen erst im Anfange der Geburt, doch kann man schon vor der Mitte des zehnten Monates den Finger durch dieselben hindurch bis auf die Eihäute führen.

§. 114.

Die angegebenen Erscheinungen erleiden durch die Grösse der Schwangeren, ihre Constitution, die Neigung des Beckens, den Unterschied einer Erst- oder Mehrgeschwängerten, die Menge des Fruchtwassers, die Lage der Frucht u. s. w. Abweichungen, welche jedoch stets nur einzelne derselben betreffen, so dass immer noch mehrere miteinander übereinstimmend bleiben.

§. 115.

Die Veränderung der Substanz des Uterus ist während der Schwangerschaft besonders gross. Die feste Masse wird aufgelockert und schwammig, die Zellfaser wird lockerer und die Blutgefässe werden länger und ihr Canal weiter: besonders gilt dieses von den Venen, welche man am Ende der Schwangerschaft, vorzüglich an der Stelle des Placentensitzes, federspuhldick erweitert findet. In dem letzten Monate scheint sich die Muskelfaser vorzüglich zu entwickeln, während die Ernährungsfasern sich zu dem Rückbildungsprocesse vorbereiten. — Die Masse der Uterinwandung wird so sehr während der Schwangerschaft vergrössert, dass sie, welche im ungeschwängerten Zustande etwa nur $4\frac{1}{2}$ Kubikzolle betrug, am Ende der Schwangerschaft gegen 50 Kubikzolle enthält.

§. 116.

Das Wachsen des Umfanges der Gebärmutter geschieht im Anfange der Schwangerschaft vorzüglich durch Entwickelung des Muttergrundes, gegen die Mitte der Schwangerschaft nimmt der Mutterkörper grösseren Antheil daran, und von dem siebenten bis achten Monate an wird die Höhle des Uterus vorzüglich durch Entwickelung des Halses erweitert: die Wandung dieses letzteren wird dabei stets dünner. Die Länge des Uterus beträgt am Ende der Schwangerschaft etwa 12—13 Zoll, die Breite 8 Zoll, die Dicke von vorn nach hinten 4—6 Zoll: sein Umfang beträgt alsdann etwa 28 Zolle, und der kubische Inhalt des ganzen Uterus ist 544mal grösser als der des ungeschwängerten. Die Form der Höhle strebt von An-

fang an eiförmig zu werden, bis zu dem Ende der 36sten Woche hat sich die Eiform vollkommen gebildet, und in dem zehnten Monate wird sie wieder unregelmässiger und mehr nach der Form der Frucht gebildet.

§. 117.

Die Richtung des schwangeren Uterus ist im ersten Monate wenig verändert; im zweiten, in welchem er tiefer in das Becken sinkt, wird seine Neigung zum Horizont geringer; von dem dritten Monate an wird die Neigung wieder grösser und steht stets in einigen Verhältnissen zu der Neigung des Beckens. Durch das allmählige Wachsen des Uterus werden die Gedärme u. s. w. auf- und rückwärts gedrängt, so dass nur als Ausnahme zuweilen Darmschlingen vor der vordern Uteruswandung gefunden werden.

Vergl. No. 213. Taf. 3. fig. 1 – 4. — 344. — 691. — 1038. — 1745. B. VII. St. 3. No. 3. B. VIII. St. 3. S. 341. — 2334. — 2080. — 2465. B. II. H. 1. S. 1.

Drittes Kapitel.

Von der Zeichenlehre der regelmässigen Schwangerschaft.

§. 118.

Die Gegenstände der Zeichenlehre der regelmässigen Schwangerschaft sind: 1) die Diagnose der ein-

fachen regelmässigen Schwangerschaft und der Periode derselben, in welcher sich eine Schwangere befindet; 2) die Diagnose der mehrfachen Schwangerschaft; 3) die Diagnose der ersten oder wiederholten Schwangerschaft; 4) die Diagnose des Geschlechtes des Kindes; 5) die Diagnose des Lebens oder des Todes des Kindes; und 6) die Zeitrechnung der Schwangerschaft.

I. Diagnose der einfachen regelmässigen Schwangerschaft.

§. 119.

Da die Diagnose der Schwangerschaft sowohl in ärztlicher als in gerichtlicher Hinsicht von grosser Wichtigkeit ist, und die Fälle, in welchen selbst geübte Geburtshelfer sich irren konnten, wenn durch Verstellung oder pathologische Zustände der Irrthum begünstigt wurde, nicht selten sind, so hat man sich wohl zu hüten, in zweifelhaften Fällen ein anderes als wahrscheinliches Urtheil zu fällen, und seine Aussage erst dann sicher zu stellen, wenn man sich durch wiederholte Untersuchung und Beobachtung der in der angegebenen Reihenfolge (§. 104—113) eintretenden Veränderungen der Geschlechtstheile, und durch Vorrücken der Schwangerschaft in eine spätere Periode von der Existenz derselben überzeugt hat.

§. 120.

Die sämmtlichen Erscheinungen, welche aus dem Allgemeinbefinden der Schwangeren entnommen sind (§. 99—102), können nämlich durch hysterische Zu-

stände verursacht werden, so dass, besonders wenn die Menstruation gleichzeitig unterdrückt ist, welches auch leicht durch einen krankhaften Zustand verursacht wird, selbst Frauen, welche mehrmals geboren haben, sich längere Zeit für schwanger halten, ohne es zu seyn. Eben so können die örtlichen Veränderungen der Geschlechtstheile, besonders des Mutterhalses und des Muttermundes, durch örtliche krankhafte Zustände erzeugt werden, während bei manchen Schwangeren der Querspalt des Muttermundes längere Zeit hindurch unverändert bleibt.

§. 121.

In der erten Hälfte der Schwangerschaft hat man daher vorzüglich darauf zu sehen, ob die von dem Allgemeinbefinden und von dem örtlichen Zustande des Uterus entnommenen Erscheinungen gleichzeitig und übereinstimmend vorhanden sind, und besonders, ob die letzteren bei wiederholter Untersuchung in der angegebenen Reihenfolge eintreten. Sie berechtigen jedoch anfangs nur zu einer muthmasslichen Annahme der Schwangerschaft, welche bis gegen die Mitte der Schwangerschaft zur Wahrscheinlichkeit steigt, wenn dieselben bei wiederholter Untersuchung übereinstimmend gefunden werden. In zweifelhaften, sowohl ärztlichen als forensischen Fällen ist es daher immer rathsam, eher für Schwangerschaft zu stimmen, und auf eine wiederholte Untersuchung bei längerem Abwarten anzutragen.

§. 122.

Erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft treten die Erscheinungen ein, von welchen man eine

bestimmtere Diagnose sich versprechen kann. Es sind dieses zunächst die durch die Gebärmutterwandung zu fühlenden Theile des Kindes und die Bewegung derselben, welche man zuweilen schon von der 23ten Woche an bemerken kann. Da indessen die Bewegung um diese Zeit noch sehr schwach ist, und für Theile des Kindes auch leicht andere Dinge gehalten werden können, wie vorgekommene Irrthümer bei Entartung der Eierstöcke beweisen, so begründet nur die gleichmässige Folge der Veränderungen der Gebärmutter und besonders des Mutterhalses, mit Hinzuziehung der von dem Allgemeinbefinden entnommenen Erscheinungen, eine mehr als wahrscheinliche und einigermassen sichere Annahme der Schwangerschaft. Bis hierher ist es vorzüglich zu empfehlen, die Erscheinungen der Schwangerschaft in Gruppen zusammenzustellen, und von der Mehrzahl und Uebereinstimmung derselben ein Urtheil zu fällen.

§. 123.

In den letzten drei Monaten, wo ausser der fortschreitenden Veränderung des Uterus, die Bewegung des Kindes immer stärker und die Möglichkeit des Erkennens der Fruchttheile durch die innere und äussere Untersuchung leichter wird, steigt die Sicherheit der Diagnose, und gewinnt namentlich noch sehr dadurch, wenn man durch die mittelbare oder unmittelbare Auscultation die Herzschläge des Kindes, in einer Geschwindigkeit von 120—160 Schlägen in der Minute, deutlich hört. Zur vollesten Gewissheit aber wird die Annahme der Schwangerschaft, wenn man

durch den Muttermund Theile der Frucht oder des Eies unterscheiden kann.

§. 124.

Die Diagnose der Periode der Schwangerschaft, in welcher eine Person sich befindet, ergiebt sich, ausser der Zeitrechnung (§. 132—135), aus den angegebenen Veränderungen der Geschlechtstheile in dem Verlaufe der Schwangerschaft (§. 104—113). Es darf jedoch hierbei nicht übersehen werden, dass in manchen Fällen die Aufeinanderfolge derselben nicht so bestimmt stattfindet, indem z. B. in dem letzten Monate der Schwangerschaft der Scheidentheil des Mutterhalses noch nicht so vollkommen entwickelt gefunden wird, wenn wegen grosser Menge des Fruchtwassers oder aus anderen Ursachen der Kopf der Frucht nicht ponderös auf demselben ruht, und sich daher erst im Anfange der Geburt vollkommen entwickeln muss.

Vergl. No. 285. — 574. — 648. — 1145. — 1150. — 1179a. — 1279. — 1322. — 1373. — 1695. — 1782. — 1790. — 1936. — 1950. — 2029. — 2136. — 2434. —

II. Diagnose der mehrfachen Schwangerschaft.

§. 125.

Als Zeichen der Schwangerschaft mit Zwillingen, Drillingen u. s. w. nimmt man an, wenn die Erscheinungen der einfachen Schwangerschaft sich stärker äussern und verhältnissmässig früher eintreten, insbesondere aber wenn der Unterleib früh und beträchtlich ausgedehnt und die Bewegung der Frucht früher und

an verschiedenen Stellen zugleich gefühlt wird; ferner wenn der Unterleib in der *linea alba* oder in schiefer Richtung durch eine Furche getheilt ist; wenn der Leib sich im zehnten Monate nicht senkt und auch die Scheidenportion hoch stehen bleibt; wenn bei der Seitenlage die Kindesbewegung sehr lebhaft wird; wenn bei dünnen Bauchdecken die Kinder durch das Gefühl erkannt werden, und wenn durch die Auscultation der Herzschlag des Kindes an verschiedenen Stellen des Uterus gehört wird. — Alle diese Zeichen sind aber höchst trüglich, und können durch ein grosses Kind, übele Lage desselben, grosse Menge des Fruchtwassers u. s. w. auch veranlasst werden. — Die Geburt tritt bei Zwillingen gewöhnlich vor der 40ten Woche ein.

Vergl. No. 2029.

III. Diagnose der ersten und wiederholten Schwangerschaft.

§. 126.

Ausser dem Allgemeinbefinden der Schwangeren auf welches die erste Schwangerschaft einen stärkeren Eindruck macht, als die wiederholte, sind es vorzüglich die örtlichen Erscheinungen, welche hier Licht geben. Die wiederholte Schwangerschaft zeigen an: schlaffe, hängende Brüste mit grösseren Warzen und dunklerem Hofe, schlaffe, runzlige und gleichsam narbige Bauchdecken, Spuren vorhanden gewesener Venengeschwülste der Schenkel, klaffende grosse Schamlippen mit Hervortreten der kleinen Schamlippen, schlaffer weiter Scheidenkanal, eingerissenes Scheidenbändchen

oder Mittelfleisch, Scheidenvorfälle und dünnes Scheidengewölbe, durch welches die Gebärmutter leichter durchzufühlen ist.

§. 127.

Der Mutterhals einer Erstgeschwängerten verstreicht regelmässig, und lässt am Ende der Schwangerschaft den Muttermund, welcher bis zur Geburt verschlossen bleibt, als ein kleines rundes Grübchen, dem Eindrucke, welchen eine Linse hinterlässt, ähnlich finden. Bei einer Mehrgeschwängerten bleibt der äussere Muttermund verlängert, gemeiniglich vier bis fünf Linien, und steht fingerhutartig offen, so dass das Nagelglied des untersuchenden Fingers in ihn eindringen kann, sein äusserer Rand ist mit Narben besetzt, welche bald als kleine härtliche Vertiefungen, bald als tiefe Einrisse vorhanden sind. Der Mutterhals verstreicht während der Schwangerschaft nicht so regelmässig, und schon in der Mitte des zehnten Monates öffnet sich der Muttermund so weit, dass man leicht die Eihäute erreichen kann. Der äussere Muttermund verstreicht erst während der Geburt.

§. 128.

Obgleich mehrere dieser Erscheinungen (§. 126) auch durch krankhafte Zustände hervorgebracht werden können, so machen die Veränderungen an dem Muttermunde und Mutterhalse (§. 127) doch gemeiniglich die Diagnose leicht. Doch giebt es Fälle, in welchen dieselben nicht so deutlich hervortreten und die Entscheidung dadurch erschweren.

IV. Diagnose des Geschlechtes des Kindes.

§. 129.

Man hat verschiedene Zeichen angegeben, nach welchen man das Geschlecht des Kindes bestimmen wollte. Stärkere Störungen des Allgemeinbefindens sollten einen Knaben, schwächere ein Mädchen, grössere Erhabenheit der rechten Seite einen Knaben, der linken Seite ein Mädchen, stärkere Pulsschläge des rechten Armes einen Knaben, stärkere des linken Arms ein Mädchen, Empfängniss im zunehmenden Monde und bald nach der Menstruation einen Knaben, bei abnehmendem Monde und vor bald eintretender Menstruation ein Mädchen anzeigen u. s. w. Allein alle diese Zeichen sind durchaus unbrauchbar. Als muthmassliche Bestimmungsgründe darf man höchstens benutzen, dass die Erstgeburt des Weibes am häufigsten weiblichen Geschlechtes ist, und dass, wenn das Allgemeinbefinden der Schwangeren sich bedeutend anders verhält, als bei der vorigen Schwangerschaft, das Kind nicht selten entgegengesetzten Geschlechts ist, als das letzte.

V. Diagnose des Lebens und des Todes des Kindes.

§. 130.

Als Zeichen des Lebens des Kindes gelten die äusserlich deutlich fühlbaren Bewegungen und der durch die unmittelbare oder mittelbare Auscultation deutlich hörbare Herzschlag desselben. Wo diese fehlen, ist demungeachtet das Kind für lebend zu halten, so lange keine Zeichen des Todes vorhanden sind, und die Schwangerschaft in der Reihenfolge der durch sie

hervorgebrachten Erscheinungen unverändert fortschreitet.

§. 131.

Als Zeichen des Todes des Kindes, während der Schwangerschaft, gilt zunächst das Vorausgehen von Einwirkungen, welche gemeiniglich den Tod des Kindes veranlassen, als schwere Krankheiten, besonders acute, seltener chronische, sehr schwere und besonders ungewohnte körperliche Anstrengungen, äusserliche Gewaltthätigkeiten und Erschütterungen, welche vorzüglich den Unterleib trafen, Blutflüsse, heftige Gemüthsbewegungen u. s. w. Nächstdem rechnet man hierher wiederholt wiederkehrenden Schauder, Uebelbefinden, Ohnmachten, Mangel der Esslust, fauligen Geschmack, Aufhören der Bewegung des Kindes, Senken des Leibes mit Erschlaffung der Oberbauchdecken, Schwere und Kälte im Unterleibe, mit dem Gefühle, als ob bei dem Umdrehen im Liegen von einer Seite zur anderen ein schwerer Körper im Leibe herumfiele, Zusammenfallen der Brüste und kühlere Temperatur derselben und der Mutterscheide, Unmöglichkeit, den Herzschlag des Kindes zu hören. Bei der Anwendung dieser Zeichen ist jedoch grosse Vorsicht zu beobachten, da es hier leicht ist, sich zu irren.

Vergl. No. 386. — 1524. —

VI. Von der Zeitrechnung der Schwangerschaft.

§. 132.

Man hat drei Arten, die Zeitrechnung der Schwangerschaft vorzunehmen: 1) nach dem Zeitpunkte der

Empfängniss; 2) nach dem Ausbleiben der Menstruation; 3) nach den ersten der Mutter fühlbaren Bewegungen der Frucht.

§. 133.

1) Nach dem Zeitpunkte der Empfängniss. Wenn man den Tag oder die Woche der Empfängniss erfahren kann, so rechnet man von da an vierzig Wochen oder 280 Tage; allein die Geburt wird alsdann gemeiniglich etwas früher, seltener später eintreten. Beinahe nur als Ausnahme tritt die Geburt genau vierzig Wochen nach der Empfängniss ein.

§. 134.

2) Nach dem Ausbleiben der Menstruation. Wenn mit dem Eintritte der Schwangerschaft die Menstruation ausgeblieben ist, wie es bei Weitem in den meisten Fällen geschieht, so rechnet man von dem Tage des Eintrittes der zuletzt da gewesenen Menstruation vierzig Wochen oder zehn Mondsmonate weiter, und findet, dass häufig die Geburt innerhalb der Tage, an welchen zum zehnten Mal die Menstruation ausblieb, erfolgt. Je regelmässiger die Schwangere stets menstruirt war, desto sicherer fällt diese Art der Zeitrechnung aus, während bei denen, welche ausser der Schwangerschaft häufig Unregelmässigkeiten des Eintrittes der Menstruation hatten, auch leicht eine Abweichung von acht Tagen früher, häufiger aber später beobachtet wird.

§. 135.

3) Nach der ersten der Mutter fühlbaren Bewegung der Frucht. Die ersten Bewegungen der Frucht werden von der Mutter gemeiniglich in

der zwanzigsten oder einundzwanzigsten Woche der Schwangerschaft gefühlt; doch kann diese Erscheinung bei stark entwickelten Kindern noch acht Tage früher eintreten, während sie bei schwach entwickelten Früchten später eintritt. Im Allgemeinen gilt daher die Annahme der ungefähren Mitte der Schwangerschaft dann, wenn die Mutter die erste Kindesbewegung gefühlt hat, und man rechnet alsdann die Dauer der Schwangerschaft noch zwanzig Wochen, welchen man aber gemeiniglich noch eine zusetzen muss. — Rücksichtlich der Anwendung dieser verschiedenen Arten der Zeitrechnung ist es rathsam, mehrere derselben mit einander zu vereinigen, und in zweifelhaften Fällen die geburtshülfliche Untersuchung noch zu Hülfe zu nehmen.

Vergl. Nro. 574. — 1790. —

Viertes Kapitel.

Von der menschlichen Frucht.

§. 136.

Das menschliche Ei, das Product eines fruchtbaren Beischlafes, besteht aus dem in demselben enthaltenen Kinde und dem Apparate, welcher zur Befestigung, Ernährung und Entwickelung desselben dienen soll, nämlich aus den Eihäuten, dem Mutterkuchen, der Nabelschnur und dem Fruchtwasser.

I. Von den Eihäuten.

§. 137.

Das Ei besteht aus zwei demselben eigenthümlichen Häuten, dem Amnion und Chorion, und den

Verbindungshäuten, welche dasselbe an die Gebärmutteroberfläche befestigen, der hinfälligen und umgeschlagenen Haut.

Vergl. No. 455. — 1313. — 2040. B. VII. St. 1.

§. 138.

Die Höhle des Eies wird durch die Schaf- oder Wasserhaut (*Amnion*) gebildet, welche als eine dünne, feine, seröse Haut das Fruchtwasser und die Frucht enthält, und die Nabelschnur als Scheide überzieht. Sie hängt früher nur an einer beschränkteren Fläche mit dem Chorion durch einen feinen Zellstoff zusammen, so, dass sie die Höhle des letzteren nicht ganz ausfüllt und einen freien Raum darin übrig lässt, welcher einer Flüssigkeit enthält. Allmählig verschwindet dieser letztere, das Amnion füllt die Höhle des Chorions aus, ist nach dem dritten Monate überall durch Zellstoff mit demselben verbunden und in dem zehnten Monate innig mit demselben vereint. In seltenen Fällen bleibt indessen die Höhle zwischen Chorion und Amnion bis an das Ende der Schwangerschaft und die darin enthaltene Flüssigkeit, als sogenanntes falsches Fruchtwasser, vorhanden. In den frühesten Monaten der Schwangerschaft befindet sich noch an dem Amnion das Nabelbläschen, als erster Bildungs- und Ernährungsapparat der Frucht.

Vergl. No. 213. Taf. 4. Fig. 7. Taf. 5. Fig. 5. — 455. — 789. — 830. Tom. VIII. p. 182. — 831. — 1395. Tab. 17. Fig. 6—8. —

§. 139.

Die Leder- oder Aderhaut (*Chorion*) ist eine starke, derbe, mit vielen Gefässen versehene Haut,

welche das Amnion anfangs lockerer und später fester umgiebt. Ihr Umfang hat die Eiform, und ihre Oberfläche ist in den ersten Monaten mit vielen Gefässflocken besetzt, welche sich im dritten Monate auf einen kleineren Raum derselben zusammenziehen (*pars flocculenta*), und die übrige Fläche frei lassen (*pars pellucida.*) Die äussere Oberfläche des Chorions verbindet sich durch Gefässflocken mit der hinfälligen Haut.

Vergl. No. 213. Taf. 3. Fig. 7. Taf. 4. Fig. 3—7. — 1037. Tab. 33. Fig. 5—6. — 2085. Tab. 1—5. — 2449. —

§. 140.

Wenn durch den fruchtbaren Beischlaf die Wandung des Uterus in einen entzündungsähnlichen Zustand versetzt worden ist, und die auf seiner inneren Oberfläche abgesonderte Lymphe diese mit lockerer Verschliessung der Mündungen der Muttertrompeten überzogen und sich zu der sogenannten hinfälligen Haut, Siebhaut (*membrana decidua uteri*) verdichtet hat, so schlägt sie das durch die Mündung der Muttertrompete hereintretende Eichen um, und wird noch einmal von derselben, als umgeschlagene Haut des Uterus (*membrana uteri reflexa*) überzogen und gleichsam befestigt. Diese umgeschlagene Haut ist anfangs sehr dick, verdünnt sich allmählig und verbindet sich mit der hinfälligen Haut. — Eine andere Erklärungsart der Entstehung der umgeschlagenen Haut ist die, dass man sie auf gleiche Weise als Fortsetzung und Product der Gefässflocken der Aderhaut betrachtet, wie die hinfällige Haut Product und gleichsam Fortsetzung der Gefässe der Uteruswandung ist.

Vergl. No. 213. Taf. 4. — 1037. Tab. 5. 10. 26. 34. 1038. S. 80. — 1075. S. 18. — 1313. — 2040. B. VII. H. 1. Taf. 1. —

§. 141.

Wenn auch das Ei gar nicht in den Uterus gelangt (*graviditas extrauterina*), so bildet sich doch die hinfällige Haut in demselben aus. — Bei einer Zwillingsschwangerschaft sind die beiden Eier entweder ganz von einander getrennt oder miteinander vereinigt. In dem ersten Falle hat jedes Ei sein besonderes Amnion, Chorion und Mutterkuchen. In dem letztern Falle ist das Amnion für jedes Ei ein besonderes, das Chorion wahrscheinlich eben so, doch nach Einigen ein gemeinschaftliches, obgleich die Gefässe beider nur in seltenen Fällen anastomosirend gefunden werden. Dass auch der Fall von Zwillingen in einer Amnionhöhle vorkommen könne, beweisen die Beobachtungen von vielfach zusammengedrehten und verschlungenen Nabelschnüren bei Zwillingsgeburten.

Vergl. No. 1552. S. 189. — 1836. B. XIX. H. 1. S. 50. — 2031. B. III. St. 1. S. 19.

II. Von dem Mutterkuchen.

§. 142.

Der Mutterkuchen (*Placenta*) bildet sich von dem vierten Monate der Schwangerschaft auf der Oberfläche des Chorions an der Stelle, wo sich vorzüglich die Gefässe desselben zusammengezogen haben, gemeiniglich gegen den Muttergrund hin und etwas rechts gerichtet. Er besteht aus einem Gewebe von zahlreichen Verzweigungen der Nabelschnurge-

fässe, welches mittelst eines häutigen Zellgewebes zu einem schwammigen Kuchen verbunden und an dessen äusserer Fläche durch Einschnitte in kleinere zusammenhängende Abtheilungen mit weiten Gefässöffnungen getheilt ist. Lymphatische Gefässe und Nerven sind von Einigen darin angenommen, aber noch nicht sicher nachgewiesen worden.

§. 143.

An der Stelle des Placentensitzes bildet sich die hinfällige Haut des Uterus stärker und gleichsam als Verlängerung der an dieser Stelle zahlreicher und weiter entwickelten Gefässe des Uterus aus, an welcher die Placenta gleichsam angesaugt und so befestigt ist, dass das Fötalblut von dem Blute der Mutter umspült wird. Einige haben dieser verstärkten Stelle der hinfälligen Haut mit Unrecht den Namen mütterliche Placenta *(Placenta uterina)*, im Gegensatze gegen die kindliche Placenta *(placenta foetalis)*, gegeben, während nur eine Placenta, die kindliche, angenommen werden kann.

§. 144.

Am Ende der Schwangerschaft nimmt die Placenta etwa den vierten Theil der Oberfläche des Chorions ein, ist gemeiniglich rund und hat sechs bis sieben Zoll im Durchmesser. Ihre Dicke in der Mitte beträgt etwa einen Zoll; nach den Rändern zu, wo die Häute einen festeren, zuweilen sehnigen Ring bilden, wird sie dünner; ihr Gewicht beträgt gegen ein Pfund. Rücksichtlich ihrer Form findet häufig die Abweichung statt, dass sie, statt rund, länglich gefunden wird, so wie auch rücksichtlich ihres Baues,

dass eine Abtheilung derselben von ihr getrennt in der Nähe auf dem Chorion sitzt (*Placenta succenturiata*, Nebenkuchen). Auch findet man zuweilen Aderknoten, Verhärtungen und Anhäufung von kalkartiger und knochenartiger Masse an derselben. Ihr Sitz weicht häufig von dem oberen Abschnitte der Gebärmutter nach dem mittleren ohne Nachtheil ab, und nur wenn sie an dem unteren Abschnitte der Gebärmutter sitzt, hat es üble Folgen. — Wenn Zwillingseier mit einander verbunden sind, so sind die beiden Mutterkuchen fest miteinander verwachsen, doch gemeiniglich ohne Anastomosen ihrer Gefässe.

Vergl. No. 104. — 213. Taf. 5. Fig. 5. — 391. — 691. B. XXI. p. 38. — 949. — 1038. — 1155. — 1160. XIX—XXI. Tab. IX. et X. — 1216. — 1313. — 1395. Tab. 19. Fig. 1—2. — 1467. — 1756. — 1969a. — 1971a. — 2031. B. III. S. 295. — 2314. — 2445. — 2449. — 2466. 1817. B. II. S. 431.

III. Von der Nabelschnur.

§. 145.

Die Nabelschnur (*funiculus umbilicalis*) besteht am Ende der Schwangerschaft aus der starken Nabelschnurvene (*vena funicul' umbilicalis*), welche alle venösen Verzweigungen der Placenta in sich vereinigt und durch die Nabelschnur und den Nabelring zu der Leber der Frucht geht, wo sie sich mit dem linken Aste der Pfortader vereinigt und durch den *ductus venosus Arantii* in die untere Hohlvene ergiesst, — und aus den beiden Nabelschnurarterien (*arteriae funiculi umbilicalis*), welche aus den

Beckenschlagadern, selten aus der Aorta der Frucht entspringen und durch die Nabelschnur zu der Placenta gehen. Diese Gefässe sind in der Nabelschnur spiralförmig um einander gewunden und mit einem feinen Zellgewebe, welches mit der sogenannten Wharton'schen Sulze (*gelatina funiculi umbilicalis*) gefüllt ist, umgeben. Die äussere Umgebung der Nabelschnur ist eine Fortsetzung des Amnions, welche sich auch in das Innere der Nabelschnur als Scheidewände für die Blutgefässe fortsetzt. — Lymphgefässe der Nabelschnur sind zwar injicirt worden, und Nerven derselben bei einigen Thieren angeblich beobachtet, bei dem Menschen aber nicht bestimmt nachgewiesen worden.

Vergl. No. 1466. — 1768. — 2240[a], 1825. —

§. 146.

Die Nabelschnur ist achtzehn bis zwanzig Zoll lang und etwa einen halben Zoll dick. Sie entspringt ungefähr von der Mitte des Mutterkuchens (*insertio centralis*) und geht bis zu dem Nabelringe der Frucht. Gemeiniglich ist sie von links nach rechts strangartig gewunden, welches für eine rotirende Bewegung der Frucht von der linken zu der rechten Seite spricht. Rücksichtlich ihrer Insertion in die Placenta findet man, dass sie zuweilen von dem Rande derselben entspringt (*insertio peripherica*), oder gar nicht in die Placenta, sondern in grösserer oder geringerer Entfernung von derselben in die Eihäute inserirt ist (*insertio velamentalis*). Ferner kann sie in ihrer Länge abweichen, Sulzknoten, Aderknoten und wahre Knoten

haben, und mancherlei Umschlingungen um die Frucht bilden.

Vergl. No. 144a. — 537. — 1720a. —

IV. Von dem Fruchtwasser.

§. 147.

Das Fruchtwasser, Schafwasser (*liquor amnii*) füllt die Höhle des Amnions und umgiebt die Frucht. Es ist ein Product der Thätigkeit der Eihäute und ihrer Verbindung mit der Wandung des Uterus durch die hinfällige Haut, von bald mehr heller, bald mehr trüber Beschaffenheit, von gelblicher oder zuweilen auch grünlicher Farbe, von süsslich salzigem Geschmacke und spermatischem Geruche, und eine Temperatur von etwa ✠ 30° Réaumur. Es besteht aus Wasser, Eiweissstoff, salzsaurem und reinem Natron und phosphorsaurem Kalk.

§. 148.

Die Menge des Fruchtwassers, welche früher weit bedeutender war, beträgt am Ende der Schwangerschaft etwa acht bis zehn Unzen, wovon jedoch häufige Abweichungen vorkommen. Seine Bestimmung ist ein wichtiger Antheil an der Ernährung der Frucht gleichförmige Ausdehnung des Eies, um einen freien Raum zur Entwickelung der Frucht zu erhalten und das Verwachsen der Theile derselben untereinander zu verhüten, und Begünstigung des Geburtsverlaufes in den zwei ersten Perioden, insbesondere aber ein bedeutender Einfluss auf die Regelmässigkeit der Fruchtlagen. Unter dem Namen falsches Fruchtwasser (*liquor amnii spurius*) unterscheidet man die in selte

nen Fällen zwischen dem Amnion und Chorion zurückgebliebene Flüssigkeit, nach deren Abgang bei der Geburt sich alsdann eine neue Blase bildet.

Vergl. No. 61. Tom. XXXIII. S. 99. — 144. — 257. — 443. — 611. — 659. — 1010a St. 1. — 1086a. — 1261. — 1913. — 1968.

V. Von der menschlichen Frucht.

§. 149.

Die menschliche Frucht, welche in dem ersten Monate der Schwangerschaft als ein unförmliches, etwa drei Linien langes und aus zwei Bläschen bestehendes Körperchen in dem etwa taubeneigrossen Eie bemerkt wird, wächst und entwickelt sich sammt diesem letzteren so schnell, dass sie am Ende des dritten Monates über drei Zoll lang, mit entwickelten Gliedmassen, mit stumpfen, kurzen Fingern und Zehen, bereits gebildeten Knochen, jedoch selten deutlich zu unterscheidenden Geschlechtstheilen in dem gegen vier Zoll langen Eie gefunden wird. Tritt jetzt der Abortus ein, so geht in der Regel das ganze Ei mit unzerrissenen Häuten ab, da an demselben noch keine Placenta gebildet worden ist.

§. 150.

In der ersten Zeit nach der Empfängniss wächst die Frucht nach Verhältniss am meisten, und mit jedem folgenden Monate geschieht dieses minder schnell, je näher derselbe dem Geburtstermine ist. Bis zum siebenten Monate bildet sich der Körper überhaupt, besonders aber die einzelnen Organe desselben mehr aus und das Gesicht, welches bisher etwas greisenartiges

hatte, verliert dieses allmählig und wird glatter. Die Frucht ist jetzt fünfzehn bis sechszehn Zoll lang und wiegt zwei bis zwei und ein halbes Pfund. Tritt die Geburt zwischen dem vierten und siebenten Monate ein, so erfolgt wegen der ausgebildeten Placenta gemeiniglich der Wassersprung vorher, und das Ei geht als Nachgeburt ab. Kinder, welche kurz vor dem siebenten Monate geboren werden, leben zwar kurze Zeit nach der Geburt, sterben aber alsdann beinahe immer: und selbst in dem siebenten Monate geborne Früchte können nur wenige Stunden nach der Geburt ihr Leben fortsetzen und werden nur in sehr seltenen Fällen bei besonders guter Pflege am Leben erhalten.

§. 151.

Von dem achten Monate an ist das Kind erst lebensfähig, das heisst, es ist so entwickelt, dass es bei guter Pflege nicht selten erhalten werden kann. Es ist jetzt 16 bis 17 Zoll lang und wiegt drei bis vier Pfund. Die Knochen sind mehr ausgebildet, aber die Fontanellen und Nähte stehen noch weit auseinander, die Nägel sind zwar noch weich, aber doch ausgebildet, die Hoden sind gemeiniglich in den Hodensack herabgestiegen und die Haut ist jetzt am stärksten mit weichem, langem Wollhaare (*lanugo*) bedeckt. Es entwickelt noch sehr wenig Wärme.

§. 152.

Je näher das Kind dem regelmässigen Ende der Schwangerschaft kommt, desto mehr bildet es sich aus, und desto grössere Wahrscheinlichkeit seiner Erhaltung ist vorhanden. Im zehnten Monate wird es

reif, achtzehn bis zwanzig Zoll lang, und etwa sieben, doch nicht selten auch acht und zuweilen bis zehn Pfund schwer. Die Haut ist jetzt derber, nicht mehr mit Wollhaar besetzt, und häufig mit Käseschleim *(vernix caseosa)*, einer Absetzung aus dem Fruchtwasser, bedeckt. Die Kopfknochen sind fester, und zwar in ihren Verbindungen noch beweglich, doch ist es nur die grosse oder vordere, viereckige Fontanelle *(fontanella anterior, major)*, deren Oeffnung noch einen halben bis ganzen Zoll beträgt: die hintere, kleine, dreieckige Fontanelle *(fontanella posterior, minor)* ist beinahe ganz geschlossen, und wird nur als der dreieckige Winkel des Hinterhauptbeins unterschieden. Ausserdem bemerkt man noch vier Seitenfontanellen an den unteren Winkeln der Seitenbeine, welche jetzt auch verkleinert sind. Der Kopf des Kindes ist gemeiniglich mit langen, dunkelfarbigen Haaren besetzt, welche jedoch später ausfallen und meistens ihre Farbe verändern.

§. 153.

Um die Grösse des Kopfes eines ausgetragenen Kindes bei der Geburt zu bestimmen, nimmt man folgende Durchmesser desselben an: 1) den kleinen Querdurchmesser des Kopfes, von dem einen vorderen unteren Winkel des Scheitelbeins bis zu derselben Stelle der anderen Seite, $2\frac{3}{4}$—3 Zolle; 2) den grossen Querdurchmesser von einem Scheitelbeinhöcker bis zu derselben Stelle der andern Seite, $3\frac{1}{2}$ Zoll; 3) den senkrechten Durchmesser von dem höchsten Punkte des Scheitels bis zu dem Hinterhauptloche, $3\frac{1}{2}$ Zoll; 4) den geraden oder

grossen Durchmesser von der Nasenwurzel bis zur kleinen Fontanelle, $4\frac{1}{2}$ bis $4\frac{3}{4}$ Zoll; 5) den Diagonal- oder grössten Durchmesser von der Spitze des Kinnes bis zur kleinen Fontanelle, 5 Zolle. — Der Umfang des Kopfes, welcher etwa 14—15 Zoll beträgt, soll nach Joseph Clarke, bei männlichen Kindern $\frac{1}{28}$—$\frac{1}{30}$ mehr als bei weiblichen betragen. — Die Breite der Schultern misst 4—$4\frac{1}{2}$ Zoll, die Breite des Steisses $3\frac{1}{4}$—$3\frac{1}{2}$ Zoll, welcher bei der Steisslage noch durch die aufwärts geschlagenen Schenkel von vorn nach hinten auch etwa drei Zoll beträgt.

§. 154.

Wenn die Raumverhältnisse des Beckens bei der Geburt nicht ganz günstig sind, so sind diese angegebenen Durchmesser noch verkleinerungsfähig, indem die Scheitelbeine in der Pfeilnaht übereinander geschoben und der Kopf gleichsam verlängert wird. In anderen Raumverhältnissen werden die Stirnbeine und das Hinterhauptbein unter die Scheitelbeine geschoben. Der Durchmesser der Schulterbreite wird, ausser der grösseren Compressibilität dieser Theile, noch dadurch verkleinert, dass ein Schulter tiefer in das Becken hinabtritt als das andere, welches auf gleiche Weise bei der Steissgeburt durch tieferes Herabtreten einer Hüfte vor der anderen bewirkt wird.

Vergl. No. 213. — 319. — 374a. — 455. — 1037. — 1433. — 2017. — 2079. — 2085. — 2237. Vol. LXXVI. —

§. 155.

Die Lage (*situs*) der Frucht ist in den früheren Schwangerschaftsmonaten, wegen des überwiegenden

Raumverhältnisses der Eihöhle, unbestimmt, doch ist wahrscheinlich der Kopf schon mehr oder minder abwärts gerichtet. In der mittleren Zeit der Schwangerschaft scheint bei dem immer noch grossen Raume und der grösseren eigenen Bewegung der Frucht der Kopf zwar auch abwärts, aber nicht gerade auf den Beckeneingang gerichtet zu seyn, so dass der Zeit nach am längsten eine schiefe Lage der Frucht stattfindet, bei welcher über dem Mutterhalse eine Seitenbrustfläche der Frucht liegt. In den letzten Monaten der Schwangerschaft senkt sich, bei zunehmender eigener Schwere und abnehmenden Raumverhältnissen der Eihöhle, der Kopf abwärts und über den Beckeneingang, mit gewöhnlich nach vorn und seitwärts gerichteter hinterer Fläche des Kopfes und des übrigen Körpers. — Bei der Zwillingsschwangerschaft hat in der Regel das eine Kind eine der Lage des anderen entgegengesetzte Lage.

Vergl. No. 2076. Tab. X.

§. 156.

Die Stellung (*habitus*) des Kindes, die Richtung seiner Körpertheile zu einander, findet so statt, dass die Frucht den möglichst geringen Raum im Uterus einnimmt, und dass die wichtige Gegend des Bauches und der Insertion der Nabelschnur geschützt ist. Daher ist der Rücken etwas vorwärts gebeugt, der Kopf gegen die Brust geneigt, die Arme auf die Brust gelegt und die Kniee gegen den Bauch gezogen.

Vergl. No. 359. B. I. S. 184. — 1402. B. VI. S. 270. —

Fünftes Kapitel.

Von dem Verhalten des Weibes in der regelmässigen Schwangerschaft.

§. 157.

Da die Schwangerschaft ein naturgemässer Zustand des weiblichen Körpers ist, so kann das diätetische Verhalten der Schwangeren nur dahin gerichtet seyn, Störungen in dem Verlaufe der Schwangerschaft zu verhüten, und bei Beschwerden dieses Zustandes, welche noch nicht krankhaft genannt werden können, Erleichterung zu verschaffen. Nächstdem ist auch bereits prophylactisch die bevorstehende Geburt zu berücksichtigen. — Alle bedeutenden Künsteleien, sowohl in Beziehung auf das Verhalten, als auch auf zu gebrauchende Mittel, sind daher streng zu vermeiden.

§. 158.

Das allgemeine Verhalten der Schwangeren darf nur wenig von ihrer gewohnten Lebensweise abweichen, weil ein zu schneller Uebergang in der Aenderung derselben nur nachtheilig einwirken kann. Besonders aber ist mässige Bewegung in freier Luft einer Schwangeren sehr heilsam, wesshalb bei früherer sitzender Lebensart eine solche mässige Bewegung, am Besten durch Gehen, und wo dieses nicht angeht, in einem bequemen Wagen zu empfehlen ist. Bei Schwangeren aus der arbeitenden Klasse sind alle schweren und anstrengenden Bewegungen, besonders in einer unbequemen Stellung, zu vermeiden.

§. 159.

Die bei allen Schwangeren grössere Neigung zum Schlafe zeigt zwar das Bedürfniss des Körpers in diesem Zustande an; doch ist der übermässige Genuss des Schlafes, besonders aber auch grössere Entziehung desselben durch Nachtwachen, zu vermeiden. Auf gleiche Weise ist der Gemüthszustand möglichst gleichmässig zu halten, und sowohl heftige Leidenschaften, als auch bedeutende Geistesanstrengungen zu vermeiden.

§. 160.

Wenn auch der gewöhnliche Aufenthalt der Schwangeren, die Wohnung, nur in seltenen Fällen mit einer besseren vertauscht werden kann, wenn sie nicht zweckmässig ist, so muss man in derselben doch die Einwirkung von Schädlichkeiten möglichst zu vermeiden suchen. Die Zimmerluft muss daher möglichst rein und frei von feuchten Dünsten gehalten werden und die Temperatur stets gemässigt seyn, so wie auch Zugluft vermieden werden. Die Kleidung muss einfach seyn, und besonders die Brüste, den Unterleib und die Schenkel nicht drücken oder pressen. Wenn bei kalter Jahreszeit der Unterleib durch seine Ausdehnung die Kleidungsstücke zu sehr von demselben entfernt und dadurch Erkältung veranlasst, so kann derselbe und die Schenkel, durch das Tragen von Beinkleidern, geschützt werden.

§. 161.

Als Nahrungsmittel sind die gewohnten zu empfehlen: doch ist Mässigkeit bei der zuweilen verstärkten Esslust, und Vermeidung der schweren, blähenden oder erhitzenden Speisen anzurathen. Der Genuss von

starkem Kaffee, schwerem Biere oder geistigen Getränken ist Schwangeren, welche zu bedeutender Vollblütigkeit geneigt sind, stets schädlich, während Schwächlichen mässig starkes Bier oder Wein mit Wasser verdünnt, nützlich ist. Das Wasser verdient die allgemeinste Empfehlung als Getränk. — Den Gelüsten der Schwangeren, so lange sie auf unschädliche Dinge gerichtet sind, kann man nachgeben; schädliche Speisen oder Getränke aber, welche sie verlangen, muss man verweigern.

§. 162.

Reinlichkeit des Körpers durch Waschen, Wäschewechsel und Kämmen der Haare ist sehr zu empfehlen: bei rigider Faser sind besonders mässig warme Bäder sehr nützlich, doch darf der Gebrauch derselben nicht übertrieben werden. — Der Beischlaf ist zwar nur in einzelnen Fällen ganz zu verbieten, doch darf er nur mit grosser Mässigung und selten stattfinden, da er im Uebermaasse in früheren Monaten leicht Abortus bewirkt, und in den letzten Monaten wahrscheinlich nicht ohne Antheil an der regelwidrigen Adhäsion der Placenta ist.

§. 163.

Da die Darmausleerungen durch die erhöhte Verdauung gemeiniglich trockner und erschwert werden, so hat man darauf zu sehen, dass sie nicht zu lange unterdrückt und durch diätetisches Verhalten befördert werden: reicht dieses nicht zu, so sind dieselben durch Klystiere zu bewirken. — Besonders aber hat sich die Schwangere in den ersten Monaten vor der längeren Unterlassung der Urinausleerung zu hüten, weil da-

durch leicht Anhäufung und Verhaltung des Urins und Rückwärtsbeugung der Gebärmutter entstehen kann.

§. 164.

Die Brüste müssen gegen Druck bewahrt, und zwar nicht zu warm gehalten, aber doch gegen Erkältung geschützt werden. Wenn die Warzen zu klein, tiefliegend oder gespalten sind, so müssen sie, mittelst der Milchpumpe oder eines Milchglases, hervorgezogen und durch das Tragen eines Warzenhütchens ihre Entwickelung befördert werden. Sind die Warzen zu empfindlich, so werden dieselben in den letzten Monaten der Schwangerschaft täglich mit starkem Rothweine, Rum oder starkem Branntwein gewaschen, um dem sehr schmerzhaften Wundwerden derselben im Wochenbette vorzubeugen.

§. 165.

Wenn bei Erstgebärenden durch die ungemeine Spannung und Ausdehnung der Bauchbedeckungen die Haut auf denselben schmerzhaft, glänzend und gleichsam narbig wird, oder auch Risse bekommt, so wird dieselbe täglich mit einem milden Fette, etwa Mandelöl, eingerieben. Bei einem hohen Grade dieses Zustandes sind auch warme Bäder sehr nützlich.

§. 166.

Hängt der schwangere Uterus, besonders bei Mehrgeschwängerten, in den letzten Monaten der Schwangerschaft zu stark nach vorn über, so muss derselbe durch eine angemessene Leibbinde, welche nach den Umständen durch über die Schultern gehende Bänder gehoben wird, gestützt werden. Neigt sich der Ute-

rus während der Schwangerschaft zu sehr auf eine Seite, so muss die Schwangere nur auf der entgegengesetzten Seite liegend schlafen, wodurch nicht selten allein den übelen Fruchtlagen bei der Geburt vorgebeugt wird.

§. 167.

Die äusseren Geschlechtstheile müssen während der Schwangerschaft durch öfteres Waschen rein gehalten werden. Bei grosser Enge und Unnachgiebigkeit derselben, besonders des Dammes, welche jedoch; der Erfahrung gemäss, häufiger bei jüngeren, kräftigen Erstgeschwängerten mit dunkler Haar- und Hautfarbe, als bei älteren Erstgeschwängerten, wie man früher annahm, gefunden wird, sind ölige Einreibungen des Dammes und der Schamlippen und von Zeit zu Zeit lauwarme Bäder zu empfehlen.

§. 168.

Die früher gewöhnlich gewesene prophylactische Anwendung des Aderlasses und der Purgirmittel während der Schwangerschaft ist durchaus verwerflich. Die Plethora ist in der Schwangerschaft ein durchaus normaler Zustand und zeigt kein Aderlass an: dieses darf nur dann vorgenommen werden, wenn bedeutende Congestionen oder örtliche Blutungen die Anzeige begründen. Auf gleiche Weise ist die zuweilen sehr grosse Trägheit der Stuhlausleerung eine ganz gewöhnliche Erscheinung: nur wenn die für diesen Zustand geregelte Lebensordnung und die wiederholte Anwendung von Klystieren nutzlos blieb, ist der mässige Gebrauch eines Bitterwassers anzurathen; alle reizenden Purganzen sind aber streng zu vermeiden.

Vergl. No. 245a. — 312. — 567. — 616. — 629. — 630. — 777. — 1002. — 1022. — 1078. — 1269a. — 1397. — 1678. — 1722. — 1942. — 1995. — 2182. — 2265. — 2301. — 2475. —

Zweiter Abschnitt.

Von der regelmässigen Geburt und deren Behandlung.

Erstes Kapitel.

Von der Geburt im Allgemeinen.

§. 169.

Wenn die Gebärmutter bis in den zehnten Monat der Schwangerschaft das Bildungsgeschäft der Frucht beendigt hat, so tritt in diesem Organe die bildende Thätigkeit zurück, die vermittelnden Organe (Eihäute, Placenta), werden durch allmählige Abwelkung der Verbindungshäute (*membr. decidua*) lockerer an dasselbe befestigt, und die ausscheidende Thätigkeit, die Geburt, tritt nun, nachdem die Muskelfibern des Uterus vollkommen entwickelt sind, ein, gemeiniglich zu einer Zeit, zu welcher sonst die Menstruation eingetreten wäre. Die Geburt ist daher der selbstthätige Act des Uterus und des weiblichen Körpers, welcher dadurch bedingt wird, dass die bildende Thätigkeit

desselben ihr Ende erreicht hat und die Excretion des Gebildeten nun selbstthätig bewirkt wird, indem die Geschlechtsorgane sich bestreben, sich wieder in den nichtschwangeren Zustand zurückzubilden.

Vergl. No. 869. — 940. — 1003. — 1812. — 2088. — 2465. B. IV. S. 7.

§. 170.

Diese ausscheidende Thätigkeit der Gebärmutter und des ganzen weiblichen Körpers tritt ein, wenn der Bildungsprocess sein Ende erreicht hat, auch wenn gar keine Frucht in dem Uterus enthalten ist (*graviditas extrauterina*), so wie auch, wenn vor dem regelmässigen Termine der Geburt das Erzeugte aus dem Bildungsverhältnisse herausgetreten war (*Abortus*, Frühgeburt). Sie kann sogar als örtliche Thätigkeit des Uterus nach dem Tode der Schwangeren fortdauern und die Ausschliessung der Frucht bewirken.

Vergl. No. 1028. 1821. Apr. S. 97. 1822. Jun. S. 72. — 1100. Tom. X. Cah. 38. p. 186. — 1415. — 2233. —

§. 171.

Obgleich den grössten Antheil an der Geburt, als Ausscheidungsthätigkeit des Erzeugten, die Geschlechtsorgane und namentlich die Gebärmutter und die Mutterscheide haben, so nimmt doch der ganze weibliche Körper auch grossen Antheil daran. Von dem Anfange der Geburt an zeigt sich in psychischer Hinsicht ein Zurücktreten der Geistes- und Gemüthsthätigkeit von der Aussenwelt auf das eigene, jetzt beginnende Geschäft; in den späteren Geburtsperioden

aber spricht sich dieser Antheil thätig als sogenannte Hülfskräfte oder willkürliche Thätigkeit aus.

§. 172.

Die Thätigkeit der Geburtsorgane selbst, namentlich der Gebärmutter und der Mutterscheide *(dolores ad partum)*, ist in den früheren Geburtsperioden eine vorbereitende, und in den späteren eine austreibende. Vorbereitend wirkt sie auf die Lostrennung der noch mit dem Uterus durch die Decidua zusammenhängenden Eihäute, durch die Erweichung und Erweiterung des Muttermundes und der Mutterscheide, und durch die Entwickelung der Wehenkraft: austreibend, wenn sie zu höherer Kraftäusserung gesteigert, die Frucht und die Eihüllen durch die erweiterten Wege austreibt.

§. 173.

Die Zusammenziehungen der Gebärmutter, als vorbereitende und austreibende Thätigkeit des Gebärorgans, treten periodisch wiederkehrend, nach kürzerer oder längerer Dauer, ein; sie sind anfangs schwächer und kürzer dauernd, mit längerem Zwischenraume, und werden allmählig immer stärker, länger dauernd und nach kürzerem Zwischenraume wiederkehrend, bis sie ihre höchste Kraftentwickelung erreicht haben, während welcher die Ausschliessung der Frucht erfolgen muss. Diese allmählige Entwickelung der Kraftäusserung der Wehenthätigkeit scheint zu dem normalen Vorgange der Geburt nothwendig zu seyn, indem bei diesem Verhältnisse die Gesundheit der Kreissenden und Wöchnerin am wenigsten gefährdet wird, welches bei zu günstigen mecha-

nischen Verhältnissen und schneller Geburt vor vollkommener Entwickelung der Wehenthätigkeit leicht geschieht. — Die Wehenthätigkeit ist übrigens nicht immer in ihrer Aeusserung der Entwickelung des übrigen Körpers gleich, sondern zeigt sich einigermassen selbsständig, indem sie nicht selten auch bei schwachen und selbst bei sehr kranken Personen sich kräftig zeigt, während sie bei Kräftigen zuweilen minder gut gefunden wird. Im Allgemeinen ist sie mit dem Grade der Entwickelung des weiblichen Typus übereinstimmend; sie kann aber durch manche Umstände verändert werden.

§. 174.

Die Zusammenziehungen des Uterus sind peristaltische Bewegungen desselben, welche sich zuerst und überhaupt vorzüglich im Gebärmuttergrunde äussern, bis zu dem Gebärmutterkörper fortgehen, und von oben nach unten wirken. Die Gebärmutterwände ziehen sich dabei zuerst von oben und dann auch von den Seiten gegen den Mittelpunkt des Organs zusammen, während der untere Abschnitt desselben gleichsam empor und über den vorliegenden Kindestheil zurückgezogen wird. Die Muskelfibern verkürzen sich während dieser Thätigkeit bedeutend, und in dem Gebärmuttergrunde, wo sie vorzüglich entwickelt sind, geschieht dieses daher auch mit der grössten Kraft.

§. 175.

Die äussere Erscheinung der Contractionen des Uterus ist zuerst die, dass bei dem Eintritte derselben der Muttergrund hart wird und sich gegen die

Bauchwandung erhebt. Ihre Wirkung ist die, dass die Scheide und der Muttermund erweicht und erweitert werden, und dass bei grösserer Kraftentwickelung derselben die Frucht und endlich auch die Nachgeburt hervorgetrieben wird. Grösserer Widerstand verstärkt die Kraftäusserung bis auf einen gewissen Grad.

§. 176.

Die Kraft und Wirksamkeit der regelmässigen Expulsionsthätigkeit, so wie ihre Fähigkeit stets die besten mechanischen Verhältnisse zu bewirken, wird von keinem Kunstverfahren erreicht. Bei vorhandenem Widerstande erreicht sie eine gewisse Höhe, worauf sie nachlässt und gleichsam wieder Kräfte sammelt, um bald von Neuem einzutreten. Wenn dieselbe sich einmal entwickelt hat, so hört sie nicht eher ganz auf, bis die Frucht ausgeschieden ist, oder bei der Unmöglichkeit des Ausscheidens wegen mechanischen Verhältnissen erlischt unter den vergeblichen Bestrebungen derselben das Leben der Kreissenden.

§. 177.

Die Mutterscheide ist zwar bei der Geburt auch durch Zusammenziehungen thätig, und besonders findet dieses in der vierten und fünften Geburtsperiode statt: doch kann diese Thätigkeit bei der geringen Entwickelung der Muskelhaut derselben, in Beziehung auf das Kind, nur untergeordnet wirksam seyn, während sich in Beziehung auf die Ausscheidung der Nachgeburt zuweilen eine ungemeine Wirksamkeit derselben zeigt.

§. 178.

Die Hülfskräfte oder die willkürliche Thätigkeit bei der Geburt *(labores ad partum)* bestehen in einem instinktmässigen Triebe bei dem Eintritte einer Wehe die Wirksamkeit derselben durch eine Anstrengung, ähnlich der bei der Ausleerung des harten Darmkothes, zu unterstützen. Der Rumpf wird dabei durch Feststellen der Füsse und Anhalten mit den Händen befestigt, der Athem angehalten, das Zwerchfell abwärts gedrückt, die Bauchmuskeln aufwärts gezogen und dadurch der Raum der Bauchhöhle verkleinert. Dieser instinktmässige Trieb mitzuarbeiten, wird später, in der dritten und besonders in der vierten Geburtsperiode beinahe unwillkürlich. Man nennt dieses das Verarbeiten der Wehen oder die Bauchpresse.

§. 179.

Der Nutzen dieser Hülfsthätigkeit ist sehr gross. Abgesehen davon, dass dadurch die stärker werdende Thätigkeit des Uterus keine bloss örtliche bleibt, sondern auch den übrigen Körper an der Geburt Antheil nehmen lässt, wird durch die Verengerung der Bauchhöhle der Uterus fixirt, seine Wandung durch den Druck zu grösserer und anhaltender Thätigkeit gereizt und durch die feste Unterstützung derselben gegen das Bersten geschützt. Auf der andern Seite kann aber auch durch zu frühes und zu starkes Anwenden dieser Thätigkeit die Erregbarkeit vor der Zeit erschöpft, der Magen durch den Druck zu starkem Erbrechen veranlasst, die Uteruswandung durch zu starke Pressung in Entzündungszustand gesetzt und

der Austritt des Kopfes am Ende der vierten Periode zum Nachtheil der äusseren Geschlechtstheile übereilt werden.

§. 180.

Man theilt die Wehen in wahre (*dolores veri*) und falsche (*dolores spurii*): diese letzteren werden aber nur unrichtiger Weise hieher gerechnet, da sie nur in krankhaften Zufällen anderer Baucheingeweide, ausserhalb des Uterus, bestehen, und durch das mangelnde Hartwerden des Muttergrundes und die nicht stattfindende Erweichung und Erweiterung des Muttermundes leicht unterschieden werden.

§. 181.

Die wahren Wehen theilt man in regelmässige und regelwidrige, welche letztere durch Krampf, Rheumatismus u. s. w. des Gebärorgans veranlasst werden. Während der wahren Wehe, auf welche stets ein gänzlicher Nachlass der Beschwerden und eine angenehme Ruhe folgt, wird der Muttergrund hart, der Mutterhals erhebt sich, der Muttermund wird erweitert, der vorliegende Theil wird abwärts gedrückt, und der Schmerz erstreckt sich von den Lendenwirbeln gegen die Schambeine.

Vergl. No. 549. — 557. — 669. — 1105. St. 43. S. 5. — 1143. — 1528. S. 116. — 1745. B. VII. St. 3. S. 402. — 1888. — 2310.

§. 182.

Der Schmerz während der wahren Geburtswehen ist im Allgemeinen verschieden, nach dem Grade der Sensibilität der Kreissenden, doch beruht

derselbe auch auf verschiedenen Ursachen. Vorzüglich besteht der Schmerz zwar aus einem, wegen des Druckes auf die Gebärmutternerven, bei der Verkleinerung der Wandung etwas schmerzhaften Drange: ferner aber und vorzüglich wird er veranlasst durch die Dehnung der Nerven des Gebärmutterhalses bei dessen Erweiterung, durch den Druck, welchen der Kopf bei seinem Stande in dem Becken auf die Sacralnerven ausübt, und durch die grosse und gewaltsame Ausdehnung der äusseren Geschlechtstheile bei dem Austritte des Kindes.

§. 183.

Man theilt die Geburt auf verschiedene Weise ein. Der Zeit ihres Eintrittes nach ist die Geburt ein Missfall, Fehlgeburt *(abortus)*, wenn sie vor der Ausbildung der Placenta, also vor der 12ten bis 16ten Woche erfolgt, wo das ganze Ei mit unzerrissenen Häuten abgeht; unzeitige Geburt *(partus immaturus)*, wenn die Geburt von der Zeit der Placentenbildung bis zu der 28sten Woche der Schwangerschaft sich ereignet, wo zwar der Wassersprung gemeiniglich erfolgt und das Ei als Nachgeburt abgeht, die Frucht aber nur kurze Zeit lebt und nicht lebensfähig ist; Frühgeburt *(partus praematurus)*, wenn die Geburt zwischen der 29sten und 38sten Woche der Schwangerschaft eintritt, wo zwar die Frucht noch nicht reif, aber doch bei sorgfältiger Pflege, lebensfähig ist; zeitige Geburt *(partus maturus)*, wo die Geburt um die 40ste Woche der Schwangerschaft erfolgt; und Spätgeburt *(partus serotinus)*, wenn die Geburt zwei bis vier Wochen,

und nach Einigen noch später, nach der 40sten Schwangerschaftswoche eintritt.

§. 184.

Vollendet ist die Geburt (*partus perfectus*), wenn das in dem weiblichen Körper Erzeugte sammt den zu demselben gehörigen Umgebungen ausgeschieden worden ist; unvollendet (*partus imperfectus*), wenn nur das Kind ohne die Nachgeburt oder bei einer Zwillingsschwangerschaft nur ein Kind geboren worden ist. — Glücklich wird der Ausgang der Geburt genannt, wenn Mutter und Kind am Leben bleiben; unglücklich, wenn eins derselben oder beide ihr Leben verlieren.

§. 185.

Regelmässig ist die Geburt, bei welcher die mechanischen Verhältnisse zwischen dem Kinde und den Geburtstheilen der Mutter so beschaffen sind, dass die zur rechten Zeit und ungetrübt eintretende Geburtsthätigkeit die Geburt ohne einen nachtheiligen Einfluss auf die Gesundheit der Mutter und des Kindes beendigen kann; regelwidrig aber ist die Geburt, wenn dieselbe nicht ohne Gefahr für die Mutter und das Kind, oder auch gar nicht durch die Kräfte der Natur beendigt werden kann.

Vergl. No. 552. — 642. — 1100c. Mai 1822. — 1562a. — 2226. — 2351. —

Zweites Kapitel.

Von dem Verlaufe und den Erscheinungen der regelmässigen Geburt.

§. 186.

Um die während des Geburtsverlaufes eintretenden Erscheinungen und Veränderungen in den Geschlechtstheilen übersehen und benutzen zu können, theilt man die Geburt in fünf Perioden oder Zeiträume, von welchen die erste, als Vorboten der Geburt, die allgemeine Vorbereitung, die zweite, die Erweiterung des Muttermundes und der Scheide, die Rechtstellung des Kindeskörpers und die Entwickelung der Geburtsthätigkeit, die dritte, nach erfolgtem Wassersprunge den Durchgang des vorliegenden Kindestheiles durch das kleine Becken bis zu den äusseren Geschlechtstheilen unter lebhafter Aeusserung der Geburtsthätigkeit, die vierte, die Geburt des Kindes unter der höchsten Steigerung der Geburtsthätigkeit, und die fünfte, die Lösung und Ausschliessung der Nachgeburt durch fortgesetzte Geburtsthätigkeit begreift.

§. 187.

Erste Periode. Es kommen periodisch gelinde, mehr ziehende, wehenartige Schmerzen, welche von den Lendenwirbeln über die Hüften, gegen die Schambeine gehen, vorhersagende Wehen (*dolores praesagientes*); des Nachts und bei warmem Verhalten verschwinden sie nicht selten wieder, und kehren in manchen Fällen öfters wieder, ehe die Geburt er-

folgt, so dass sie zuweilen vierzehn Tage vor derselben schon vorhanden waren. Sie sind in der Regel wenig schmerzhaft, kommen in grossen Zwischenräumen, hindern nicht an den gewöhnlichen Geschäften, unterbrechen aber das Sprechen und das Gehen. Es tritt dabei einige Unruhe und Bangigkeit ein, der Leib senkt sich noch mehr, es kommt öfterer Trieb zum Urinlassen, die Temperatur und Schleimabsonderung der Scheide wird erhöhet und sie wird aufgelockert und weniger empfindlich. Der Muttermund wird weich, dünn, mässig erregbar und dem Finger zugänglich, die zuweilen noch etwas wulstige vordere Muttermundslippe wird verstrichen, doch findet dieses bei Mehrgebärenden zuweilen erst in der folgenden Periode statt. Der vorliegende Kindestheil wird, wenn er früher tiefer im Becken stand, jetzt etwas emporgehoben. — Bei wenig reizbaren Mehrgebärenden wird diese erste Periode zuweilen erst kurze Zeit vor der zweiten bemerkt.

§. 188.

Zweite Periode. Die vorbereitenden Wehen *(dolores ad partum praeparantes)*, welche jetzt eintreten, sind kräftiger, dauernd und öfter wiederkehrend; sie sind schmerzhaft, da sie zur Erweiterung des Muttermundes wirken, und nöthigen bei ihrem Eintritte die Kreissende stillzustehen und sich mit dem Rücken oder den Händen festzustützen. Ein Abschnitt der Eihäute drängt sich durch den Muttermund während der Wehe hervor (die Blase stellt sich), die Eihäute werden von ihrer Verbindung mit der Gebärmutterwandung getrennt und der reichlicher in der Scheide abgesonderte Schleim wird daher mit Blutstreifen vermischt (es zeichnet). Bei grösserer Er-

weiterung des Muttermundes (3—3½ Zoll im Durchmesser), wobei derselbe schon jetzt zuweilen kleine Einrisse an seinen Rändern bekommt, ragt die Blase nun als ein Kugelabschnitt prall und fest aus dem Muttermunde hervor (die Blase steht springfertig).

Vergl. No. 691.

§. 189.

Dritte Periode. Eine der jetzt eintretenden kräftigen eigentlichen Geburtswehen, Treibwehen (*dolores ad partum proprie sic dicti*) bewirkt das Zerreissen der Eihäute, den Blasensprung, Wassersprung (*ruptura velamentorum*), und das vor dem Kopfe des Kindes befindliche Fruchtwasser fliesst ab, während jedoch eine nicht unbedeutende Quantität desselben hinter dem Kopfe zurückbleibt, da der letztere durch sein Eintreten in den Muttermund das Abfliessen verhindert. Es beruht hierauf zum Theil das günstigere Verhalten des Kindes bei der längeren Dauer der Kopfgeburt, weil durch dieses zurückbleibende Wasser der Körper des Kindes gegen das allzustarke Pressen des Uterus geschützt wird.

§. 190.

Gewöhnlich folgt auf den Blasensprung ein Nachlass der Wehenthätigkeit von einer viertel- bis halben Stunde, während dessen sich die Gebärmutter langsam verkleinert und um die Frucht zusammenzieht: zuweilen werden die Wehen aber schon gleich nach dem Blasensprunge sehr lebhaft. Die Hautwärme wird dabei höher, das Gesicht röthet sich, wird heiss und

fängt an zu schwitzen, die Wehen werden sehr stark, dauernd und häufig wiederkehrend, die Kreissende ist gezwungen, mitzuarbeiten, die Kniee und Hände zittern; das Kreuz schmerzt sehr, es ist beständiger Trieb zum Stuhlgange und Urinlassen vorhanden, die Kreissende wird sehr ungeduldig, klagt und wimmert und nicht selten stellt sich Erbrechen ein.

§. 191.

Der Kopf des Kindes wird durch diese Thätigkeit zuerst in den Muttermund und tiefer in das Becken hinabgetrieben: wenn der grösste Umfang des Kopfes in dem Muttermunde steht (der Kopf steht in der Krönung), so erfolgen noch mehrere kleinere oder grössere Einrisse desselben, je nachdem er auf diese Ausdehnung mehr oder minder vorbereitet war, und je nachdem der Kopf langsamer oder schneller in und durch denselben geführt wurde. Wenn der Kopf so aus dem Uterus hervor in die Mutterscheide und in das Becken herabgekommen ist, wobei die hintere Muttermundslippe zuerst sich zurückzieht, die vordere jedoch noch länger zu erreichen ist, so werden die Kopfknochen in den Nähten zusammen und selbst übereinander geschoben, die Kopfhaut faltet sich, und bei längerer Dauer dieser Periode verwandeln sich die Kopffalten in eine ödematöse Geschwulst, Kopfgeschwulst, Vorkopf *(caput succedaneum)*, welche nach dem Grade des Widerstandes von Seiten des Beckens und der Kraftäusserung von Seiten des Uterus stärker oder schwächer ist. Bei leichterem und schnellerem Durchgange des Kopfes fehlt sie nicht selten ganz. Geht das Gesicht voraus, so schwillt auch

dieses an, so wie bei der Steisslage die Geschwulst vorzüglich den nach dem Schambogen zu liegenden Hinterbacken und die Geschlechtstheile betrifft.

§. 192.

Vierte Periode. Der Kopf des Kindes ist nun bis zu dem Ausgange des Beckens gekommen, und wird während derselben an der vorderen Commissur des Scheideneinganges sichtbar, wobei der Damm gespannt wird; nach der Wehe tritt er wieder zurück und der Damm wird schlaff (der Kopf ist im Einschneiden.) Bei den höchst kräftigen Wehen, Schüttelwehen *(dolores conquassantes)*; welche länger dauern, öfter wiederkehren und den ganzen Körper der Kreissenden erschüttern, wird die Haut und besonders das Gesicht, heiss, roth und der Körper allgemein schwitzend, die Angst und das Schmerzgefühl erreicht den höchsten Grad, so dass die Kreissende laut aufschreit; ausser der Wehe fühlt sie sich sehr ermattet.

§. 193.

Nachdem der Kopf durch die Wehen wiederholt zwischen die Schamlippen und auf den Damm getrieben worden und nach der Wehe wieder zurückgewichen war, wodurch diese Gebilde endlich den gehörigen Grad von Erweiterung und Nachgiebigkeit erhalten haben, so bleibt er endlich auf dem kugelförmig hervor und aufwärts getriebenen und sehr breit gewordenen Mittelfleische stehen und bleibt äusserlich sichtbar (der Kopf ist im Durchschneiden). Endlich, unter der grössten Gefahr der Zerreissung dieser Theile, wälzt sich der Kopf über das Mittelfleisch hervor, worauf nach einer kurzen Ruhe durch eine

mässigere Anstrengung der übrige Körper des Kindes hervorgetrieben wird, während der Rest des Fruchtwassers hervorstürzt, und gemeiniglich alsbald lebhaftes Schreien das Leben des Kindes anzeigt. Für die Mutter tritt jetzt eine wohlthätige Ruhe ein.

§. 194.

Sind Zwillinge, Drillinge u. s. w. vorhanden, so bleibt der Uterus noch ausgedehnt und hart, und man kann gewöhnlich noch Kindestheile äusserlich fühlen; nach einiger Zeit, von kürzerer oder längerer Dauer, treten von Neuem Wehen ein, es stellt sich eine Blase, und die Geburt des zweiten Kindes verläuft, unter übrigens gleichen Umständen, eben so, nur etwas schneller, als die erste. — Die vierte Periode, und insbesondere der Vorgang des Ein - und Durchschneidens, ist übrigens nur bei Erstgebärenden so schwierig und langdauernd, während sie bei Mehrgebärenden zwar auch unter grosser Kraftäusserung der Geburtsthätigkeit, allein gewöhnlich weit schneller und leichter verläuft.

§. 195.

Fünfte Periode. Sogleich nach der Ausscheidung der Frucht zieht sich der Muttergrund, und zum Theil auch der Mutterkörper, so stark zusammen, und verkleinert dadurch seinen Umfang so sehr, dass er sammt der in ihm enthaltenen Nachgeburt (Mutterkuchen, Eihäute und Nabelschnurrest, (*secundinae*) als eine etwa zwei Fäuste grosse harte Kugel, oder vielmehr Halbkugel, über den Schambeinen gefühlt wird. Diese erste raumverkleinernde Zusammenziehung ist schmerzlos, wirkt aber doch schon in man-

chen Fällen auf die Lösung der Placenta, wie der zuweilen gleich nach dem Austritte des Kindes stattfindende vorübergehende Blutabgang zeigt, indem dadurch die noch übrige Fläche der Gebärmutter an der Stelle der Adhäsion der Placenta kleiner wird, als sie bisher war. Der Mutterhals hängt schlaff und leicht erweiterungsfähig, wie ein gelähmter Sphincter, in die Mutterscheide herab.

§. 196.

Nach einer kurzen Ruhe treten nun von Neuem Wehen, Nachgeburtswehen, blutige Nachwehen (*dolores post partum*) ein, welche die Verbindung zwischen dem Uterus und der Placenta allmählig trennen, und wobei aus den erweiterten Uteringefässen der getrennten Stelle etwas Blut abgeht, welches durch die Zusammenziehung des Organs nicht sämmtlich in den allgemeinen Kreislauf zurückgedrängt werden konnte: ein Theil des abgehenden Blutes wird durch die Zusammenpressung der Placenta aus dieser entleert. Diese Nachgeburtswehen sind in der Regel bei Erstgebärenden schmerzlos, bei Mehrgebärenden aber in verschiedenem Grade schmerzhaft.

§. 197.

Wenn durch wiederholte Zusammenziehungen der Gebärmutter die Placenta gelöst worden ist, welches gewöhnlich in einer viertel- bis halben Stunde nach der Ausschliessung des Kindes, zuweilen aber auch erst nach mehreren Stunden geschieht, so wird sie durch fernere Wehen umgestülpt durch den Muttermund in die Scheide herabgetrieben, welche sie zuweilen durch ihre eigenen Contractionen sogleich aus-

stösst. Da dieses aber bei der horizontalen Lage der Kreissenden nur selten geschieht, so ist es eine grosse Erleichterung der Kreissenden, wenn die Nachgeburt nun durch eine leichte Hülfe der Kunst entfernt wird. — Nach der Ausschliessung der Nachgeburt wird die Gebärmutter noch mehr verkleinert und fest zusammengezogen über den Schambeinen gefühlt.

Vergl. No. 119. — 1779a. — 1797. — 1889.

Drittes Kapitel.

Von der regelmässigen Geburt und ihrer Eintheilung nach der Aeusserung der Wehenthätigkeit und der Lage der Frucht.

§. 198.

Der Begriff der Regelmässigkeit der Geburt ist umfassend, insofern darunter eine Reihe von Abstufungen des Grades der Regelmässigkeit begriffen wird. Im Allgemeinen ist daher jede Geburt eine regelmässige zu nennen, bei welcher der Verlauf und die Beendigung derselben von statten gehen kann, ohne Gefahr für die Mutter und das Kind zu veranlassen und eine Kunsthülfe dadurch zu bedingen.

§. 199.

Die besonderen Bedingungen dieses allgemeinen Begriffes der regelmässigen Geburt sind: 1) regelmässiges Ende einer Gebärmutterschwangerschaft,

rechtmässiger Geburtstermin; 2) gut gebauter Körper der Kreissenden, sowohl im Allgemeinen, als rücksichtlich der Gebärorgane, insbesondere gut entwickelter weiblicher Habitus; 3) die Lage der Frucht mit einem Ende seiner Längenachse voraus, Kopf-, Steiss-, Knie-Fusslage; 4) fehlerfreier Bau des Kindes und Uebereinstimmung der Grösse und Structur desselben mit den Gebärorganen der Kreissenden; 5) regelmässiger Bau und Verbindung der Eihüllen mit dem mütterlichen Körper; 6) Entwickelung der Geburtsthätigkeit in regelmässiger Folge, Kraft und Dauer, insbesondere im Verhältniss zu der individuellen Constitution der Kreissenden; 7) Abwesenheit störender oder gefährlicher pathologischer Zustände oder Zufälle, in Beziehung auf Mutter und Kind.

§. 200.

Unter diesen Bedingungen kann jedoch der Verlauf der Geburt sehr verschieden seyn, und diese Verschiedenheit wird theils bedingt durch die individuell verschiedene Entwickelung der Wehenthätigkeit, theils durch die innerhalb dieser Grenzen verschiedenen Grade des zu überwindenden Widerstandes, theils durch die Verschiedenheit der Fruchtlagen, welche eine sonst durchaus regelmässige Aeusserung der Wehenthätigkeit in dem individuellen Falle zu schwach und der Frucht gefahrbringend werden lassen.

§. 201.

1) Die gemein verlaufende Geburt, natürliche Geburt, findet nur bei der ersten und zweiten Kopflage, selten auch bei der Steisslage statt: bei mässigem Kraftaufwande und in einer mittleren

Zeitdauer (6—12 Stunden) wird die Geburt beendigt, ohne einen besonderen Eindruck auf das Nervensystem zu hinterlassen und ohne alle übelen Zufälle. Man findet die Entbundene gleich nach der Geburt heiter und schon nach wenigen Tagen kann sie das Bett verlassen.

Vergl. No. 481. —

§. 202.

2) Die zu leichte Geburt, welche ohne weiteren Nachtheil für die Mutter und das Kind zu veranlassen noch innerhalb der Grenzen der Regelmässigkeit bleibt, und in weniger als sechs Stunden beendigt wird, kann bei einer wenig reizbaren Constitution einen eben so geringen Eindruck auf das Nervensystem machen, wie die gemein verlaufende Geburt; allein bei den meisten Constitutionen hinterlässt sie in Folge der zu geringen Entwickelung der Wehenthätigkeit und zu geringen Consumtion der Erregbarkeit eine empfindlichere Stimmung des Nervensystems und insbesondere Neigung zu Nachwehen, wenn nicht die schnelle Entleerung Mangel an Zusammenziehungen des Uterus in der fünften Geburtsperiode mit seinen Folgen verursacht.

§. 203.

3) Die langsame Geburt, in sofern sie innerhalb der Grenzen der Regelmässigkeit bleibt, beruht auf der im Allgemeinen langsameren Entwickelung der Geburtsthätigkeit, selten und schwach eintretenden Wehen und langsamen Uebergang einer Geburtsperiode in die andere, wodurch die Dauer der ganzen Geburt mehr oder minder verlängert wird. Diese

Langsamkeit der Geburt beschränkt sich entweder auf einzelne Perioden, insbesondere die beiden ersten und fünfte, oder sie erstreckt sich über alle Perioden der Geburt.

Vergl. No. 669. —

§. 204.

Die Ursache der langsamen Geburt beruht in der Regel auf Adynamie der Bewegungsfaser der Gebärmutter und sie ist für den Verlauf derselben daher häufig ohne übele Folgen, da sie gemeiniglich in der Constitution begründet ist und keine übelen Zufälle veranlasst. Nur für die fünfte Geburtsperiode ist sie nicht gleichgültig, da die langsamere und unkräftigere Zusammenziehung des Uterus leicht Nachgeburtszögerung mit ihren Folgen, und insbesondere die gefährlichen Blutflüsse aus Adynamie hervorbringen kann. Beruht sie auf Versetzung der Geburtsthätigkeit von dem Gebärorgane auf ein anderes Organ, so ist ihr Einfluss nicht gering, jedoch auf eigene Weise anzuschlagen.

§. 205.

4) Die schwere Geburt, insofern sie noch innerhalb der Grenzen der Regelmässigkeit bleibt, wird dadurch bezeichnet, dass die Wirkungen der Geburtsthätigkeit ausser Verhältniss gering sind, in Beziehung auf die aufgewendete Kraft, so dass bei grosser, lebhafter und dauernder Anstrengung der vorliegende Kindestheil nur langsam vorrückt, und die Dauer der Geburt bei grossem Kraftaufwande verlängert wird, wobei sie jedoch noch ohne Nach-

theil für die Mutter und das Kind beendigt werden kann.

Vergl. No. 483. —

§. 206.

Die Ursachen der schweren Geburt beruhen vorzüglich auf einem Missverhältnisse zwischen der Frucht und dem Becken, welches durch abweichende Grösse oder ungünstige Stellung der ersteren oder mässige Beschränkung des letzteren veranlasst seyn kann, stets aber nur in einem solchen Grade vorhanden ist, welcher noch durch eine kräftige Aeusserung der Wehenthätigkeit ohne Nachtheil für die Mutter und das Kind überwunden werden kann. Auch die grosse Rigidität und schwere Erweiterung des Gebärmuttermundes in der zweiten Geburtsperiode, bei übrigens guter Wehenthätigkeit, kann hieher gerechnet werden.

§. 207.

Die Folgen der schweren Geburt bestehen im günstigeren Falle in einer grösseren Erschöpfung der Kräfte durch die Geburt. Im ungünstigeren Falle kann dieselbe jedoch schon bei mässigerem Missverhältnisse durch schwächere oder reizbare Constitution der Kreissenden, ausserdem aber immer durch bedeutenderes Missverhältniss zwischen dem zu überwindenden Widerstande und der Kraftäusserung regelwidrig werden: die Grenzlinie, durch welche eine noch innerhalb der Normalität verlaufende schwere Geburt von der regelwidrigen, der Hülfe der Kunst bedürfenden, unterschieden wird, lässt sich nicht leicht voraus bestimmen, sondern ergiebt sich erst während des Geburtsverlaufes selbst.

§. 208.

Nach der Lage und Stellung der Frucht und den Veränderungen, welche in dieser Rücksicht, während des Durchganges derselben, durch das Becken eintreten müssen, theilt man die Geburt in die allgemein regelmässige und bedingt regelmässige. Die allgemein regelmässige Geburt kann stets bei gewöhnlichen Beckenverhältnissen und Grösse des Kindes durch eine mässige Entwickelung der Wehenthätigkeit beendigt werden, während die bedingt regelmässige Geburt besonders günstige Beckenverhältnisse und Aeusserung der Wehenthätigkeit verlangt, und leichter in die wirkliche Regelwidrigkeit übergeht. Allgemein regelmässig ist daher nur die Geburt in der ersten und zweiten Kopflage, bedingt regelmässig die Geburt in der dritten und vierten Kopflage, in der Scheitellage, Stirnlage, Gesichtslage, Steisslage, Knielage, Fusslage und die Zwillingsgeburt.

Viertes Kapitel.

Von der allgemein regelmässigen Kopfgeburt.

§. 209.

Erste Art der gemeinen Kopfgeburt. Die Geburt in dieser Lage ist bei Weitem die häufigste und günstigste, indem mehr als zwei Drittheile sämmt-

licher Geburten in dieser Lage verlaufen. — Nachdem bis zum Eintritte der Geburt der Kopf eine mehr oder minder unbestimmte Lage und Stellung gehabt hat, je nachdem derselbe durch hohen oder tiefen Stand oder Menge des Fruchtwassers bedingt war, findet man nunmehr bei dem Einführen des Fingers in der Mitte des Beckens eine harte rundliche Wölbung, das rechte Scheitelbein; führt man den Finger weiter nach dem Kreuzbeine zu, so erreicht man die beinahe quer durch das Becken laufende Pfeilnaht, welche, wenn man sie verfolgt, den Finger nach links und etwas schief nach vorn, zu der kleinen Fontanelle, und nach rechts und etwas schief nach hinten, zu der grossen Fontanelle leitet.

§. 210.

Der Kopf des Kindes liegt also mit seiner rechten Seite in einer Scheitellage vor, während das Hinterhaupt und die hintere Fläche des Kindes nach links und etwas nach vorn, und die Stirne und die vordere Fläche desselben nach rechts und etwas nach hinten gerichtet ist. Die Pfeilnaht verlauft ungefähr in dem ersten schiefen Durchmesser, wobei sie sich jedoch mehr oder minder dem Querdurchmesser annähert. — Der Steiss und die Füsse des Kindes liegen nach rechts gerichtet. — Wird durch besondere Umstände die Entstehung einer Kopfgeschwulst veranlasst, ehe sich diese Lage durch Drehung des Kopfes umgeändert hat, so befindet sich dieselbe auf der oberen, hinteren Fläche des rechten Scheitelbeines.

§. 211.

Wenn durch die Wirkung der Wehenthätigkeit der Kopf tiefer in das Becken herabgetrieben wird, so dreht er sich auf eine zweifache Weise; einmal um seine Querachse, indem sich das Hinterhaupt etwas tiefer als das Vorderhaupt in das Becken hinabsenkt, und sodann um seine Längenachse, indem sich das Hinterhaupt mehr nach vorn, gegen das *foramen obturatorium* und die Stirne mehr nach hinten gegen die Kreuzdarmbeinfuge dreht. Bei noch tieferem Herabtreten des Kopfes in die Beckenhöhle wird nun die Stirne durch die Sitzbeinstacheln ab- und hinterwärts, gegen die Aushöhlung des Kreuzbeins geleitet, während das Hinterhaupt sich nach dem Schambogen wendet, so dass am Ende der dritten Geburtsperiode die kleine Fontanelle nach vorn und die grosse nach hinten gerichtet ist, und die Pfeilnaht ungefähr in dem geraden Durchmesser der dritten Apertur verlauft. Häufig bleibt indessen im Austritte die kleine Fontanelle noch etwas nach links gerichtet. — Wegen dieses tieferen Standes des Hinterhauptes pflegt man diese Geburtsart, so wie die folgenden, Hinterhauptslagen zu nennen.

§. 212.

Wenn nun in der vierten Geburtsperiode die kräftigen Wehen auf die Ausschliessung der Frucht wirken, so tritt das Hinterhaupt unter dem Schambogen hervor, sein hinterer Theil stemmt sich fest an denselben an, das Kinn entfernt sich wieder mehr von der Brust, und der vordere Theil des Schädels und das Gesicht wälzt sich über den Damm aufwärts hervor, worauf das Kinn wieder abwärts, vor den Damm tritt.

§. 213.

Die Schultern, welche bei dem Austritte des Kopfes in dieser Richtung, mit ihrem grossen Durchmesser in den grossen Durchmesser des Beckeneinganges treten, drehen sich bei weiterem Herabrücken, in den schiefen Durchmesser, und in der Beckenhöhle so in den geraden Durchmesser, dass die rechte Schulter nach vorn und die linke nach hinten zu stehen kommt; der Kopf wird dadurch mit dem Gesichte nach dem rechten Schenkel der Mutter gekehrt; die rechte Schulter tritt tiefer herab und stemmt sich unter den Schambogen, die linke geht an dem Kreuzbeine herunter und entwickelt sich über den Damm. Bei dem Austritte des übrigen Körpers dreht sich das Kind noch weiter um seine Längenachse, so dass es, wenn es nun ganz geboren ist, zwischen den Schenkeln der Mutter auf dem Rücken liegt.

§. 214.

Zweite Art der gemeinen Kopfgeburt. Diese Art der normalen Kopfgeburt kommt weit seltener als die erste vor, und noch seltener als primäre Lage, indem sie häufiger erst aus der dritten Lage hervorgehet (§. 249). Der untersuchende Finger trifft hier das linke Scheitelbein vorliegend, die Pfeilnaht ungefähr nach dem zweiten schiefen Durchmesser verlaufend, die kleine Fontanelle nach rechts und etwas nach vorn, die grosse Fontanelle nach links und etwas nach hinten. Der Hinterkopf und Rücken liegt nach rechts und vorn, das Gesicht und die Bauchfläche des Kindes nach links und hinten.

§. 215.

Die Drehungen des Kopfes während der Geburt stimmen ganz mit denen der ersten Art überein, nur dass sich das Hinterhaupt von der rechten Seite her zu dem Schambogen, und die Stirne von der linken Seite her in die Aushöhlung des Kreuzbeines dreht. Auch der Austritt des Kopfes ist ganz dem bei der ersten Art gleich, das Gesicht dreht sich aber nachher gemeiniglich nach dem linken Schenkel der Gebärenden, da sich die linke Schulter des Kindes unter den Schambogen stellt.

§. 216.

Diese regelmässigen Kopfgeburten erleiden sowohl in der Art des ersten Eintrittes des Kopfes in das Becken, als auch der Drehungen, welche derselbe in seinem Durchgange durch dasselbe eingeht, mehrere Veränderungen, welche durch die besondere Bildung des Beckens bedingt wird, indem der Kopf stets seine grossen Durchmesser in die grossen Durchmesser des Beckens zu stellen sucht. Wenn daher das Becken bei unverändertem Querdurchmesser in dem geraden Durchmesser des Einganges etwas beschränkt ist, so stellt sich der Kopf vollkommen in den Querdurchmesser mit der Pfeilnaht: wird derselbe nun so durch den beschränkten Eingang in das Becken hinabgetrieben, so geht er die schon angegebenen Drehungen ein, je nachdem er in die erste oder zweite Kopflage überging.

§. 217.

In den geraden Durchmesser des Beckeneinganges kann sich der Kopf mit der Pfeilnaht nur stellen,

wenn der Eingang die (für das europäische Weib) höchst seltene Form hat, dass der gerade Durchmesser länger als der Querdurchmesser ist. Der Austritt des Kopfes aus dem Becken bleibt dann dem angegebenen gleich. — Bei mehr rundem Eingange des Beckens, besonders wenn er zugleich unverhältnissmässig weit im Verhältnisse zu dem Ausgange desselben ist, tritt der Kopf tief in das Becken in der schiefen Stellung hinab und wird nun nicht selten verhindert, oder wenigstens auf einige Zeit gestört, seine Drehung mit dem Hinterhaupte nach vorn vorzunehmen.

Vergl. No. 109. — 236. Thl. III. S. 21. — 341. — 360. — 363. — 422. — 1072. — 1227. — 1369a. — 1402. B. V. H. 4. — 1529. — 1612. — 1780. — 1890. — 2088. — 2092. — 2212. — 2465. B. I. S. 63. —

§. 218.

Die Behandlung der regelmässigen Geburt besteht nur in diätetischen Hülfsleistungen, und bezweckt Reinlichkeit, Erleichterung und Verhütung von Gefahren für die Kreissende und die Frucht. Sie ist im Allgemeinen den Hebammen zu übertragen.

Vergl. No. 618. — 717. —

§. 219.

Wenn man im Anfange der Geburt hinzugerufen wird, so hat man sich zunächst durch eine vorzunehmende innere und äussere geburtshülfliche Untersuchung zu überzeugen, dass die wichtigsten Bedingungen zu einer regelmässigen Geburt vorhanden sind, und unterrichtet sich dann ferner durch Fragen über das Alter, die Gesundheit vor und während der Schwan-

gerschaft, die Menstruation, den Verlauf früherer Schwangerschaften und Geburten, die Kindesbewegung u. s. w.

§. 220.

Fand man, dass die Geburt noch in der ersten Periode war, so hat man der Kreissenden durch tröstenden Zuspruch die gewöhnliche Aengstlichkeit zu benehmen, lässt alle zu enge Kleidungsstücke ablegen und consistente Speisen und erhitzende Getränke vermeiden. Uebrigens kann die Kreissende jetzt abwechselnd liegen, sitzen und umher gehen, wie sie will. Bei rigider Faser kann es jetzt nützen, ein lauwarmes Bad zu nehmen, wenn es zu haben ist.

§. 221.

Unterdessen legt man jetzt geräuschlos Alles zur Hand, was man bei der regelmässigen Geburt bedarf, eine etwas gebogene Nabelschnurscheere mit stumpfen Spitzen, Bändchen zum Unterbinden der Nabelschnur, eine kleine Badewanne, eine Mutter- und Klystierspritze, Pomade, Fett oder Oel zum Gebrauche bei der Untersuchung, warmes und kaltes Wasser, Schwämme, die Erfordernisse zur Erweckung scheintodter Kinder, einige belebende Arzneimittel und Riechmittel, so wie auch Wein und Essig, und die nöthige Wäsche für die Mutter und das Kind. — Ist gleich von Anfang an ein Geburtshelfer zugegen, so muss er sein Instrumentenbesteck bei sich führen.

§. 222.

Wenn die lebhafter oder öfter eintretenden Wehen die zweite Geburtsperiode anzeigen, so ist es

nöthig, die geburtshülfliche Untersuchung von Zeit zu Zeit vorzunehmen, um von dem Fortgange der Geburt und den Veränderungen der Geburtstheile Kenntniss zu erhalten. Doch darf dieses durchaus nicht zu häufig und nur mit der grössten Vorsicht geschehen, um nicht durch grösseren Reiz des Muttermundes Störung zu verursachen. — Man räth jetzt an, den Mastdarm und die Blase zu entleeren, und besorgt dieses, wenn es nicht freiwillig geschehen kann, durch ein erweichendes Klystier und Einführung des Katheters. Uebrigens ist in dieser Periode das Verarbeiten der Wehen zu widerrathen.

§. 223.

Wenn der Muttermund hinlänglich erweitert ist und die springfertig stehende Blase den Wassersprung erwarten lässt, so bringt man die Kreissende auf das Geburtslager. Dieses wird am Besten auf einem gewöhnlichen Bett oder Sopha vorgerichtet, und nur wo man es nicht anders haben kann, in dem Bette, in welchem das Wochenbett gehalten werden soll. — Zugleich macht man Erstgebärende auf den zu erwartenden Wassersprung aufmerksam, um das Erschrecken über diesen Vorgang zu verhüten.

§. 224.

Man bereitet das Geburtslager auf folgende Weise. Ueber die Matratze des von beiden Seiten freistehenden Bettes oder Sopha's breitet man ein Wachstuch, oder eine bereitete Rehhaut, um das Eindringen der Flüssigkeiten zu verhüten; die Stelle unter dem Becken erhöhet man durch ein Sophakissen, Pferdehaar- oder Strohmatratze um 4 bis 6 Zoll, und legt noch Kis-

sen und Polster unter die Schulter- und Kopfgegend, bis zu einer mässigen Erhöhung derselben: über das Ganze deckt man ein Betttuch. Auf dieses Lager lässt man die Kreissende sich so legen, dass die Geschlechtstheile auf dem Rande des erhöheten Polsters durchaus frei liegen, schiebt, zum Auffangen der Feuchtigkeiten, Tücher unter und füllt die Stelle der Kreuzgegend durch ein rundes Polster oder zusammengelegtes Kissen aus. Man sorgt dafür, dass die Füsse der Kreissenden in beinahe ausgestreckter Lage einen festen Standpunkt finden und befestigt Handtücher oder besonders dazu vorgerichtete Riemen mit Handgriffen an den Bettstollen, um sich mit den Händen daran festhalten zu können. In diesem Lager bedeckt man die Kreissende mit einer leichten Decke. — Ein besonderes Kissen mit einem Ausschnitte, zur Erhöhung der Beckengegend ist überflüssig, und die früher, und an manchen Orten noch jetzt, gebräuchlichen Geburtsstühle sind nicht allein überflüssig, sondern auch in vieler Hinsicht schädlich, besonders verfertigte Geburtsbetten aber kaum anderswo, als in Gebäranstalten anzuwenden.

Die seither vorgeschlagenen Vorrichtungen dieser Art sind folgende: 1) Geburtsbetten, nach Mesnard, Scipio Mercurio, Lamotte, Schlicht, das französische und das Wiener Bett, nach Unger, Welsch, Pyl, Roederer, Meckel, Henkel, Thebesius, Wagler, Hagen, Lauth, Fried, Reuss, Siebold, Schmitson, Weidmann und Mende; 2) Geburtstische, nach Hunter, Lowder, Baudelocque und Nissen; 3) Geburtsstühle, nach van Hoorn, Heister, Ryff, nach der Widmann, Herbiniaux, Rösslin, Ruef, Welsch, Schütz, Völter, Deventer, Fried, Thebesius, Stark, Schmid.

Hagen, Osiander, v. Eckardt, Wigand, v. Siebold, Heinsse, Mai, Senff, der Neuwieder Stuhl, Michaelis, Uhthof, Thoms; Geburtsstuhlbetten, von Solingen, von der Siegmundin, Stein, Reuss, Fielitz, Thaden, Wigand, Faust, Nägelé, Bigeschi. —

Vergl. No. 695. S. 345. — 725. — 772. — 791. — 1346. B. 1. St. 2. S. 25. — 1348. 1825. Mai u. Juli. — 1432. B. I. — 1441. — 1556. — 1588. — 1595. S. 230. — 1602a. — 1945. — 1971. S. 14. — 2018. S. 161. — 2026. — 2031. B. I. St. 2. No. 3. B. II. St. 1. S. 8. B. III. St. 2. S. 232. B. VI. St. 3. S. 363. — 2045. — 2120. B. III. St. 1. S. 175. — 2142. — 2257. — 2261. — 2263. — 2412. —

§. 225.

Die allgemein zu empfehlende und natürliche Lage zur Geburt ist die Rückenlage, mit etwas, doch nicht zu sehr erhöhetem Oberkörper, welche gegen das Ende der vierten Geburtsperiode, besonders aber nach Beendigung der vierten Periode, in eine mehr horizontale Rückenlage verwandelt wird. Die Anwendung der flachen Rückenlage von Anfang der Geburt an, oder der Seitenlage findet ihre Anzeige durch besondere Umstände, vorzüglich durch Abweichungen in der Richtung des Uterus; doch kann die letztere auch in gewöhnlichen Fällen nach dem Wunsche der Kreissenden abwechselnd angenommen werden. Darum ist aber kein Grund vorhanden, die Seitenlage nach dem Gebrauche der Engländer und weniger dieselben nachahmenden Deutschen als allgemeine Geburtslage zu empfehlen.

§. 226.

Bei dem Wassersprunge achtet man auf die Menge und Beschaffenheit des abgehenden Fruchtwassers, von welchem man desshalb etwas aufzufangen sucht. Alsdann untersucht man sogleich die Beschaffenheit und Lage des vorliegenden Kindestheiles, da jetzt über die genaue Diagnose desselben Gewissheit zu erhalten ist.

§. 127.

In der dritten Geburtsperiode lässt man die Kreissende mit Vorsicht die Wehen verarbeiten, wobei das Becken durch Feststemmen der Füsse und Anziehen der Handhaben fixirt wird: das Kinn muss zur Schonung des Halses gegen die Brust geneigt werden. Das Verarbeiten darf aber nur mässig und während der Wehen geschehen, und das unruhige Umherwerfen der Kreissenden muss durch tröstenden Zuspruch verhütet werden. Das Reizen und künstliche Erweitern des Muttermundes zur angeblichen Beförderung der Geburt, ist streng zu vermeiden: doch muss die geburtshülfliche Untersuchung von Zeit zu Zeit vorgenommen werden.

Vergl. No. 56. — 1915.

§. 228.

In der vierten Geburtsperiode ist die Sorgfalt der Hebamme oder des Geburtshelfers vorzüglich auf die Verhütung von Verletzungen der äusseren Geburtstheile und besonders des Mittelfleisches, so wie auf das gehörige Empfangen des austretenden Kindes gerichtet. Man legt daher den Oberkörper der Kreissenden noch etwas flacher, lässt die Kniee nur mässig, etwa 10—12

Zolle, von einander entfernen und bei mässiger Ausstreckung der Schenkel die Fersen etwas einwärts richten. Das Verarbeiten der Wehen darf jetzt nur sehr mässig und vorsichtig geschehen. Nie darf ohne einen bestimmten wichtigen Grund der Austritt des Kindes in der Seitenlage, sondern immer in der Rückenlage abgewartet werden.

§. 229.

Wenn der Kopf zwischen den Schamlippen hervortritt und das Mittelfleisch während der Wehe kugelförmig hervortreibt, legt man die Finger, zur Beobachtung der weiteren Vorgänge an den Kopf, um nicht durch einen etwa schnell erfolgenden Austritt desselben vor der Anwendung der Unterstützung des Mittelfleisches überrascht zu werden. Nie soll aber diese Unterstützung zu früh und eher angewendet werden, als bis das Mittelfleisch auch ausser der Wehe kugelförmig und etwas gespannt bleibt, weil sonst eine nachtheilige Störung in der Entwickelung des Kopfes und der allmähligen Erweiterung und Erschlaffung des Mittelfleisches verursacht wird: nur bei sehr stürmischem Wehendrange darf es etwas früher geschehen.

§. 230.

Man nimmt die Unterstützung so vor, dass man den Ballen der Hand an den Rand des Schambändchens legt, mit der Handfläche den ganzen jetzt sehr breiten Damm stützt und die Finger zur Seite des Afters nach hinten ausstreckt. Die Unterstützung muss besonders während der Wehe als ein sanfter Widerstand, nie als ein starker Druck, in der Richtung gegen den Schambogen ausgeübt werden. Das Schambändchen,

an welchem der zu befürchtende Riss gewöhnlich anfängt, muss dabei besonders beachtet, aber auch der Damm in seiner ganzen Breite unterstützt werden, damit derselbe nicht, bei theilweiser vorderer Unterstützung, nach hinten gegen und in den Mastdarm einreisst. — Bei dem Hervortreten des Kopfes und Zurückweichen des Dammes folgt die stützende Hand sorgfältig diesem letzteren. — Ob man die unterstützende Hand mit einem Tuche bedeckt oder nicht, ist zwar im Allgemeinen gleichgültig, doch wird es in vielen Fällen vorzüglich seyn die Bedeckung zu unterlassen, um sich das Gefühl frei zu erhalten.

Vergl. No. 566. — 730. — 814. — 945. — 1346. B. II. St. 1. — 1432. B. I. S. 27. B. II. S. 374. — 1473. — 1929. — 2040. B. V. S. 63. —

§. 231.

Es sind manche besondere Vorschläge zur Erhaltung des Dammes geschehen. Das Herbeistreichen der Haut der Oberschenkel und das Anlegen des mit Kreide bestrichenen Daumens an das Schambändchen ist nutzlos. Das Einschneiden des Dammes, wo er zu breit und fest erscheint, welches früher von Michaelis und auch von einigen Neueren versucht worden ist, ist überflüssig und schädlich. — Das gänzliche Unterlassen der Unterstützung aber, wenn auch in nicht seltenen Fällen der Damm ohne Unterstützung unzerrissen bleibt, ist wegen anderer Beobachtungen des Gegentheils nicht anzurathen, da man die grössere oder geringere Schnelligkeit des Austrittes des Kopfes und den Grad der Dehnbarkeit des Dammes nicht vorausbestimmen kann.

§. 232.

Sobald der Kopf ausgetreten ist, stützt die freie Hand das Gesicht so, dass der Mund und die Nasenlöcher frei bleiben, da jetzt schon nicht selten das Kind zu athmen und zu schreien anfängt. Wenn nun das Gesicht bei weiterem Vorrücken sich zur Seite dreht und die Schultern zum Ein- und Durchschneiden kommen, so muss noch einige Unterstützung des Dammes, bis zu dem erfolgten Austritte derselben fortgesetzt werden.

§. 233.

Das Hervortreten der Schultern verzögert sich zuweilen etwas: allein dieses kann ohne Gefahr für das Kind fünf bis zehn Minuten erwartet werden. Bei längerer Dauer ist die Ursache zu erforschen und nach den Regeln zu verfahren. Bei Trägheit der Wehenthätigkeit reicht es zu, den Muttergrund kreisförmig zu reiben und sanft zu drücken.

§. 234.

Bei dem Empfangen des Kindes achtet man darauf, nach welcher Seite das Gesicht desselben sich dreht. Wenn es sich, wie gewöhnlich, nach dem rechten Schenkel der Mutter dreht, so umfasst man den Nacken des Kindes vorsichtig mit der linken und die Hüften mit der rechten Hand, und wenn es sich mit dem Gesichte nach dem linken Schenkel dreht, so umfasst man den Nacken mit der rechten und die Hüften mit der linken Hand. Man legt nun das Kind zwischen die Schenkel der Mutter, auf das Geburtslager, so dass das Gesicht aufwärts gerichtet und die Nabelschnur nicht gespannt ist.

§. 235.

Wenn nach dem Austritte des Kindes dasselbe anfangs unordentlich und röchelnd athmet, bald aber lebhaft schreit, so pflegt die Pulsation der Nabelschnur unordentlich zu werden und aufzuhören. Dann erst ist es Zeit, die Unterbindung und Trennung der Nabelschnur vorzunehmen, während zu eilige Trennung derselben dem Kinde nur Nachtheil bringt. In seltenen Fällen dauert die Pulsation der Nabelschnur, bei guter Respiration noch einige Zeit fort; alsdann ist die vollkommene Respiration die Anzeige zur Trennung. — Athmet das Kind nicht sogleich, so hat man zunächst mit dem kleinen Finger den etwa in der Mund - oder Rachenhöhle angehäuften Schleim oder Blut zu entfernen: dann erst aber, wenn die Pulsation der Nabelschnur gänzlich erloschen ist, darf das Kind, wenn es keine weiteren Lebenszeichen giebt, von derselben getrennt werden, um die weiteren Belebungsmittel anzuwenden. (§. 543. ff.)

§. 236.

Die Unterbindung und Trennung der Nabelschnur geschieht auf folgende Weise. Etwa zwei Zoll breit von dem Nabelringe legt man ein schmales, gewirktes Zwirnbändchen von oben nach unten um die Nabelschnur und knüpft es unten in einen einfachen Knoten, welchen man nach der Stärke der Nabelschnur fest zuziehet; darauf führt man das Bändchen wieder nach oben, knüpft es hier in einen doppelten Knoten und schneidet nun mit der Nabelschnurscheere drei bis vier Zolle vom Leibe des Kindes die Nabelschnur durch. — Das Ausdrücken des Blutes aus

dem Nabelschnurreste vor der Unterbindung ist überflüssig.

Vergl. No. 721. — 722. — 1783. —

§. 237.

Die Unterbindung der Nabelschnur ist von Einigen für überflüssig und sogar schädlich erklärt worden. Wenn nun auch nach vorliegenden Erfahrungen die Unterbindung in vielen Fällen unterbleiben konnte, ohne übele Folgen zu veranlassen, so gebieten doch die in anderen Fällen eingetretenen Blutungen, bei unterlassener Unterbindung, dieselbe als eine in allen Fällen ohne Ausnahme anzuwendende Vorsichtsmaassregel. — Die Unterbindung des Placententheiles der Nabelschnur ist indessen bei der einfachen Geburt überflüssig und der Lösung und Ausscheidung der Placenta hinderlich.

Vergl. No. 462. — 633. — 679. — 1077. — 1116. — 1123. — 1911. — 1983. — 2004. — 2466. 1819. B. VI. S. 151. — 2470. —

§. 238.

In der fünften Geburtsperiode, gleich nach der Geburt des Kindes, legt man eine Hand auf den Unterleib und untersucht, ob sich nicht ein zweites Kind noch in dem Uterus befindet; wenn dieses nicht der Fall ist, so richtet man seine Aufmerksamkeit auf die Zusammenziehung des Uterus. Ist dieselbe vorhanden, so beobachtet man, ob sie dauernd und kräftig ist, findet man sie aber mässig oder nicht anhaltend, so sind jetzt sanfte Frictionen des Gebärmuttergrundes zu empfehlen. — Besonders muss man in dieser Periode die Entbundene fortwährend aufmerksam

beobachten. Das zu feste Aneinanderschliessen der Schenkel ist jetzt zu vermeiden, weil dadurch der Abfluss des Blutes gestört und Gerinnung desselben in dem Uterus, mit den davon abhängenden Folgen, veranlasst wird.

§. 239.

Wenn wiederholte Nachgeburtswehen mit einigem Blutabgange die vorgehende Lösung der Placenta angezeigt haben, so führt man bei sanfter Anspannung der Nabelschnur zwei Finger in die Scheide und untersucht, ob die Placenta in die Scheide herabgetrieben worden ist, oder wenigstens in dem Muttermunde liegt. Erst wenn dieses gefunden wird, darf man dieselbe als gelöst annehmen und an die Herausbeförderung derselben denken. Probezüge an der Nabelschnur, um zu untersuchen, ob dieselbe gelöst ist, sind gänzlich zu vermeiden, da sie bei unvollständiger Lösung leicht regelwidrige Contractionen und Krampf des Uterus erregen. — Ueberhaupt darf das Wegnehmen der Nachgeburt, nach der Ausschliessung des Kindes, nicht zu sehr beeilt werden.

§. 240.

Die Entfernung der gelösten Placenta wird auf folgende Weise besorgt. Liegt der Mutterkuchen mehr in der rechten Mutterseite, so fasst man die Nabelschnur mit der rechten Hand, und wenn er mehr in der linken Seite liegt, mit der linken Hand, nahe vor den Geschlechtstheilen, indem man sie in ein Tuch schlägt, und spannt sie sanft an; den Zeige- und Mittelfinger der andern Hand führt man beölt in die Mutterscheide, nach der Leitung der Nabelschnur,

bis gegen den Muttermund, und drückt nun wiederholt die gespannte Nabelschnur sanft abwärts, gegen den unteren Theil des Kreuzbeins: tritt der Mutterkuchen tiefer in das Becken, so richtet man den sanften Zug mehr horizontal, während die Finger denselben von der Schambeinfuge abwärts drücken, und bei dem Austritte aus den Geburtstheilen umfasst man denselben mit beiden Händen und hebt ihn aufwärts hervor, mit der Berücksichtigung, dass die Eihäute mit hervorgezogen werden und nicht etwa abreissen und zurückbleiben.

§. 241.

Bei diesem Verfahren muss alles gewaltsame Ziehen und Uebereilung des Austrittes vermieden werden, und wenn man Widerstand bemerkt, so steht man vorläufig von dem Versuche ab, und wartet noch einige Zeit. Besondere Vorsicht muss aber alsdann angewendet werden, wenn die mit einigem Geräusche verbundene Nachgiebigkeit der Nabelschnur bei dem sanften Zuge auf Mürbheit oder Einpflanzung derselben in die Eihäute schliessen und Abreissen derselben befürchten lässt. Alsdann ist es rathsamer, sie durch die Thätigkeit des Uterus erst tiefer in die Mutterscheide herab treiben zu lassen. — Nach dem Abgange der Nachgeburt untersucht man dieselbe genau, um zu sehen, ob keine Theile derselben zurückgeblieben sind, und beobachtet, ob die Gebärmutter sich gut zusammengezogen hat.

Vergl. No. 1527. — 2321. —

§. 242.

Nun lässt man die Entbundene die Schenkel aneinanderschliessen und ruhig auf dem Geburtslager liegen: wegen des nicht selten jetzt eintretenden Frostes, deckt man sie sorgfältig, doch nicht schwer zu. Nach einiger Zeit bringt man sie dann in das wohl erwärmte Wochenbett, nachdem vorher die Geburtstheile wegen etwaigen Verletzungen untersucht, und mit einem Schwamme und lauwarmem Wasser, von unten nach oben, gereinigt worden sind.

§. 243.

Rücksichtlich des etwas abweichenden, aber noch innerhalb der Grenzen der Regelmässigkeit befindlichen Geburtsverlaufes, sind einige Regeln in Anwendung zu bringen. Bei der schnellen aber noch regelmässigen Geburt (§. 202.) ist frühzeitig eine flache, horizontale Lage und Entziehung der Handhaben und Fussstützen zu empfehlen. Gleich nach der Geburt legt man eine Bauchbinde oder ein breites Handtuch um den Leib und zieht dasselbe mässig fest an, um den Eindruck der schnellen Entleerung des Leibes zu beseitigen. Bei der Entfernung der Nachgeburt muss besonders die Eile vermieden werden, da ihr Zurückbleiben auf einige Zeit sehr nützlich ist.

§. 244.

Bei der langsamen Geburt (§. 203—204.) vermeidet man in den ersten zwei Geburtsperioden alle Beschleunigung durch die Kunst, verbietet das starke Verarbeiten der Wehen und sorgt nur durch

diätetische Mittel für die Erhaltung der Kräfte. In der dritten und vierten Geburtsperiode lässt man bei erhöheter Rückenlage die Wehen kräftig verarbeiten, ohne jedoch die Kräfte aufzureiben. In der fünften Geburtsperiode hütet man sich, die Nachgeburt, welche hier gemeiniglich zögert, zu schnell zu entfernen, und sorgt vielmehr, durch Frictionen des Uterus u. s. w., für gehörige Zusammenziehungen desselben.

§. 245.

Bei der schweren Geburt (§. 214—216.) kommt es vorzüglich darauf an, die Wehenthätigkeit, ohne Verschwendung der Kräfte, bis zu einem hinlänglich hohen Grade zu steigern, um das vorhandene Hinderniss überwinden zu können. Bei erhöheter Rückenlage vermeidet man in der ersten und zweiten Geburtsperiode besonders sorgfältig das Verarbeiten der Wehen, und leitet dasselbe in der dritten und vierten Geburtsperiode mit grosser Aufmerksamkeit, indem man die Wehen hinreichend stark, aber nicht übermässig, verarbeiten und in den Zwischenzeiten die Ruhe besonders benutzen lässt. Zugleich sucht man jede Störung der Geburtsthätigkeit und Veranlassung von Krampf, z. B. durch zu häufiges Untersuchen oder Entblössen der Geburtstheile, zu verhüten. Nach der Geburt muss längere Ruhe und Vermeiden aller Bewegung bei ganz flacher Lage, und Vermeidung der Eile bei dem Placentengeschäfte beobachtet werden. Reicht die Wehenthätigkeit nicht zu, um die Geburt ohne Gefahr für Mutter und Kind zu beendigen, so muss dieselbe durch innere Mittel gesteigert, oder die

Geburt überhaupt als regelwidrige behandelt und beendigt werden.

Vergl. No. 481. — 552. — 567. — 568. — 608. — 717. — 1078. — 1797. — 2226. — 2351. —

Fünftes Kapitel.

Von der bedingt regelmässigen Kopfgeburt.

§. 246.

Die verschiedenen Arten der bedingt regelmässigen Kopfgeburt können zwar sämmtlich ohne Kunsthülfe durch die Kräfte der Natur beendigt werden: da sie aber auf Stellungen des Kopfes beruhen, in welchen derselbe einen grösseren Raum einnimmt, als in der allgemein regelmässigen, so fordern sie als Bedingungen, dass das Becken nicht beschränkt und die Wehenthätigkeit kräftig sey, so wie in einigen Fällen, dass der Kopf bestimmte Veränderungen seiner Stellung vornehme. Immer wird indessen die Geburt eine schwerer verlaufende seyn, und bei dem Mangel der genannten Bedingungen wird dieselbe leicht regelwidrig.

I. Von der dritten und vierten Art der gemeinen Kopfgeburt.

§. 247.

Dritte Art der gemeinen Kopfgeburt. Sie ist nach der ersten Art die häufigste, wird aber

im günstigeren Falle nicht als solche beendigt, sondern im Verlaufe der Geburt in die zweite Art (§. 214—215) verwandelt und als solche beendigt. Der untersuchende Finger trifft das linke Scheitelbein mit seinem vorderen Theile vorliegend, die Pfeilnaht verlauft ungefähr in der Richtung des ersten schiefen Durchmessers, die grosse Fontanelle liegt nach links und etwas nach vorn, die kleine Fontanelle nach rechts und etwas nach hinten gerichtet. Das Gesicht und die Bauchfläche ist nach links und vorn, das Hinterhaupt und die Rückenfläche nach rechts und hinten gerichtet.

§. 248.

Im Verlaufe der Geburt tritt das Hinterhaupt etwas tiefer herab, als das Vorderhaupt, und wendet sich in die Aushöhlung des Kreuzbeins, während die Stirne sich gegen die Schambeinvereinigung dreht, so dass im Ausgang des Beckens die Pfeilnath ungefähr in dem geraden Durchmesser verlauft. Im Ein- und Durchschneiden stemmt sich die Stirne unter den Schambogen, das Hinterhaupt entwickelt sich über den Damm und tritt abwärts vor denselben, während nun erst die Stirne und das Gesicht unter dem Schambogen hervortreten. Bei dem tieferen Herabsteigen wendet sich das Gesicht gemeiniglich gegen den linken Schenkel der Mutter. — Dieser Verlauf der Geburt ist schwierig, besonders im Ausgange des Beckens, er kommt aber auch nur in seltneren Fällen vor.

§. 249.

Häufiger verwandelt sich vielmehr im Verlaufe der Geburt die dritte Lage in die zweite, indem die

Stirne sich von links und vorn nach links und hinten, und das Hinterhaupt von rechts und hinten nach rechts und vorn dreht. Bei weiterem Fortgange tritt nun das Hinterhaupt gegen den Schambogen, die Stirne in die Aushöhlung des Kreuzbeins und die Geburt wird wie in der zweiten Lage beendigt (§. 214).

§. 250.

Vierte Art der gemeinen Kopfgeburt. Sie ist von allen die seltenste und wird noch seltener als solche beendigt, sondern vielmehr im Verlaufe der Geburt in die erste Art umgewandelt. Der untersuchende Finger findet das rechte Scheitelbein mit seinem vorderen Theile vorliegend, die Pfeilnaht verlauft ungefähr in dem zweiten schiefen Durchmesser, die grosse Fontanelle liegt nach rechts und etwas nach vorn, und die kleine nach links und etwas nach hinten. Das Gesicht und die Bauchfläche des Kindes ist nach rechts und vorn, das Hinterhaupt und der Rücken nach links und hinten gerichtet.

Vergl. No. 1529. —

§. 251.

Im Verlaufe der Geburt tritt das Hinterhaupt etwas tiefer herab und wendet sich in die Aushöhlung des Kreuzbeins, während die Stirne sich gegen den Schambogen wendet und die Geburt wie die dritte Art (§. 248.) beendigt wird, nur dass sich gewöhnlich das Gesicht nach dem Austritte des Kopfes gegen den rechten Schenkel der Mutter kehrt. Häufiger verwandelt sich die vierte Art während des Geburtsverlaufes in die erste, indem die Stirn von vorn und rechts nach hinten und rechts, und das Hinterhaupt

von hinten und links nach vorn und links sich wendet. Das Ende der Geburt ist alsdann wie bei der ersten Art (§. 213—214). — Diese vierte Art der Kopfgeburt ist nach Ritgen die häufigste, und wird daher von ihm die erste genannt, womit indessen die übrigen Beobachter nicht übereinstimmen.

Vergl. No. 2465. B. II. S. 101. —

§. 252.

Die Behandlung der dritten und vierten Art der Hinterhauptsgeburt stimmt im Allgemeinen mit der der ersten und zweiten Art überein; doch hat man noch Folgendes zu berücksichtigen. Da es ein sehr erwünschtes Ereigniss ist, wenn die dritte Art in die zweite und die vierte in die erste während der Geburt übergehet, so hat man dieses möglichst zu befördern, jedoch mit Vermeidung aller Hülfsversuche innerhalb der Geburtstheile. Vielmehr mittelt man aus, wohin der Muttergrund gerichtet ist, welcher gewöhnlich bei der dritten Art nach rechts und bei der vierten Art nach links geneigt ist. Man lässt nun bei der dritten Art die Seitenlage auf der linken Seite, und bei der vierten Art auf der rechten Seite, bis zu dem Anfange der vierten Geburtsperiode beibehalten, dann aber wieder die Rückenlage annehmen. Die Wehen müssen besonders in der ersten Hälfte der dritten Geburtsperiode nur sehr mässig verarbeitet werden, um den Kopf nicht in der ungünstigen Stellung in den Ausgang des Beckens zu treiben.

§. 253.

Geht indessen die Geburt demungeachtet mit nach der Schamfuge gerichteter Stirne und nach dem Kreuz-

beine gerichteten Hinterhaupte vor sich, so hat man in der vierten Geburtsperiode die grösste Aufmerksamkeit auf die Erhaltung des Mittelfleisches nach den angegebenen Vorschriften (§. 230.) zu richten, da dieses wegen der ungünstigeren Stellung des Kopfes in grosse Gefahr der Ruptur kommt.

II. Von der Scheitelgeburt.

§. 254.

Die Scheitellage des Kopfes bei der Geburt findet dann statt, wenn der Kopf seine gewöhnliche Stellung, welche er auf dem Becken hatte, beibehält, indem er sich in den Eingang desselben herabsenkt, statt durch die Drehung um seine Querachse das Kinn der Brust zu nähern und das Hinterhaupt tiefer als die Stirne abwärts zu senken. Die Folge davon ist, dass er die nothwendigen Umdrehungen des Kopfes, um in dem Ausgange mit der Pfeilnaht in den geraden Durchmesser des Beckens zu kommen, nur sehr schwer oder gar nicht vornehmen kann, und dass besonders gute räumliche Verhältnisse und gute Geburtsthätigkeit dazu gehören, die Geburt ohne Kunsthülfe zu beendigen.

§. 255.

Die Scheitellage hat übrigens rücksichtlich der Richtung der Pfeilnaht die nämlichen vier Lagen, wie die gemeine Kopfgeburt (§. 210—217 u. 247—251); nur ist zu bemerken, dass sie auch besonders leicht, ganz in dem Querdurchmesser des Beckeneinganges mit der Pfeilnaht stehend beobachtet wird. — Die vorzüglichsten Ursachen der Scheitellage sind Schieflagen

des Uterus nach einer Seite, und ein Becken, welches in seinem Eingange verhältnissmässig weiter ist, als in seinen untern Theilen (§§. 591 u. 625).

§. 256.

Die Behandlung der Scheitelgeburt bestehet, neben den allgemeinen Vorschriften bei der regelmässigen Geburt darin, dass man vorzüglich die dritte Geburtsperiode nicht übereilt, um die Verbesserung der ungünstigen Lage möglich zu machen. Man lässt während der ganzen Dauer dieser Periode eine Lage auf der Seite, welche dem höchsten *Tumor uteri* entgegengesetzt ist, annehmen, und die Wehen möglichst wenig verarbeiten. Die unter diesen Umständen längere Dauer dieser Geburtsperiode darf keine Anzeige zur Beschleunigung der Geburt abgeben, so lange keine gefahrdrohenden Erscheinungen vorhanden sind, da allein in dieser längeren Dauer die Aussicht auf eine Lageverbesserung des Kopfes begründet ist. Abweichungen der Wehenthätigkeit müssen sorgfältig verbessert werden.

Vergl. No. 315. — 363. — 1560. St. 3. S. 239. — 1780. — 1890. —

III. Von der Stirngeburt.

§. 257.

Die Stirnlage des Kopfes bei der Geburt findet dann statt, wenn sich das Kinn unverhältnissmässig weit von der Brust entfernt hat, und die Stirne tiefer als das Hinterhaupt in das Becken herabgetreten ist. Der Kopf kann rücksichtlich seiner Richtung die nämlichen vier Arten haben, wie die gemeine Kopfgeburt

(§. 210—217 u. 247—256), doch tritt derselbe auch leicht in den Querdurchmesser des Beckeneinganges mit der Stirnbeinnaht gerichtet, ein.

§. 258.

Die Stirnlage ist nichts anderes als eine unvollkommene Gesichtslage. Der untersuchende Finger trifft auf ein Stirnbein und mehr nach hinten auf die Stirnbeinnaht, welche ihn nach einer Seite zur grossen Fontanelle, auf der anderen zur Nasenwurzel leitet. Die Folgen sind erschwerte Geburt, vorzüglich durch erschwerte Umdrehung des Kopfes in der dritten Geburtsperiode, und wenn keine Verbesserung der Lage eintritt, Austritt des Kopfes in dieser ungünstigen Stellung bei guten räumlichen Verhältnissen des Beckens und besonders guter Geburtsthätigkeit, in seltenen Fällen Uebergang in eine Gesichtslage. — Der Verlauf der Geburt und die Behandlung ist wie bei der Gesichtsgeburt.

IV. Von der Gesichtsgeburt.

§. 259.

Die Gesichtslage findet statt, wenn bei starker Entfernung des Kinns von der Brust das Hinterhaupt nach rückwärts gegen den Rücken gebogen ist, und das Kind mit dem Gesichte voran in das Becken tritt. Der untersuchende Finger trifft auf eine Oberwangengegend und ein Auge, nach hinterwärts auf die Nase, welche ihn nach einer Seite zu der Stirne und nach der anderen zu dem Munde und dem Kinne führt. Zuweilen ist die Gesichtslage schon vor dem Wassersprunge zu erkennen, am Besten aber gleich

nach demselben: bei sehr grosser Gesichtsgeschwulst, welche zuerst an der vorliegenden Wange und Auge anfängt, ist die Bildung der Augenhöhlenränder und der Mund mit der darin befindlichen Zunge entscheidendes Kennzeichen.

§. 260.

Die Ursachen der Gesichtslagen sind dunkel; wahrscheinlich entstehen sie aus einem Bestreben des Uterus, eine regelwidrige Lage des ganzen Körpers des Kindes in eine regelmässige zu verwandeln. Man hielt dieselben früher für durchaus regelwidrig und nur durch die Kunst (Wendung auf die Füsse) zu beendigen, jedoch mit Unrecht. Indessen verlangen sie gute räumliche Verhältnisse, eine ungetrübte Geburtsthätigkeit und besondere Aufmerksamkeit bei der Geburt, und werden daher bei einiger Störung leicht regelwidrig.

§. 261.

Besonders wichtig ist bei den Gesichtsgeburten die sorgfältige Beobachtung ihrer verschiedenen Arten, indem nur die beiden ersten derselben unter günstigen Verhältnissen durch die Kräfte der Natur beendigt werden können, die beiden letztern aber hierzu in der Regel eine Lageverbesserung, welche die Natur bewirkt, bedürfen, wenn sie nicht regelwidrig werden sollen.

§. 262.

Bei der ersten Gesichtslage steht das Kinn nach links und etwas nach vorn, die Stirne nach rechts und etwas nach hinten. Die Gesichtslinie verläuft unge-

fähr in dem ersten schiefen Durchmesser. Der untersuchende Finger trifft auf die linke Wange und das linke Auge. Die Bauchfläche des Kindes liegt nach links und vorn, die Rückenfläche nach rechts und hinten gerichtet. Im Verlaufe der Geburt wendet sich die Stirne in die Aushöhlung des Kreuzbeins und das Kinn nach der Schambeinfuge, und bei dem Durchschneiden tritt erst das Kinn unter dem Schambogen hervor, worauf die Stirne und der ganze Schädel sich über das höchst ausgedehnte Mittelfleisch hervorwälzt.

§. 263.

Bei der zweiten Gesichtslage steht das Kinn nach rechts und etwas nach vorn, die Stirne nach links und etwas nach hinten; der untersuchende Finger trifft auf die rechte Wange und das rechte Auge; die Gesichtslinie verläuft ungefähr in dem zweiten schiefen Durchmesser: die vordere Fläche des Kindes ist nach rechts und vorn, die hintere nach links und hinten gerichtet. Im Verlaufe der Geburt nimmt diese Art die nämliche Lage wie die erste an. — Wenn das Gesicht vollkommen quer, mit der Gesichtslinie in dem Querdurchmesser des Beckeneinganges, steht, so ist dieses auch zu den günstigen Lagen zu rechnen, und diese Lage wird in dem Verlaufe der Geburt gleich den beiden ersten verändert und beendigt.

§. 264.

In der dritten Gesichtslage steht die Stirne nach links und etwas nach vorn, das Kinn nach rechts und etwas nach hinten; der untersuchende Finger trifft auf die rechte Wange und das rechte Auge; die Gesichtslinie verläuft ungefähr in dem ersten schiefen

Durchmesser des Beckeneinganges: die hintere Fläche des Kindes ist nach links und vorn, die vordere nach rechts und hinten gerichtet. Diese Lage kommt nicht zu selten vor, geht aber in dem Geburtsverlaufe gewöhnlich in die zweite Lage über, indem die Stirne sich von vorn und links nach hinten und links und das Kinn von hinten und rechts nach vorn und rechts dreht. Der Austritt des Kopfes ist dann wie in den beiden ersten Gesichtslagen.

§. 265.

In der vierten Gesichtslage steht die Stirne nach rechts und etwas nach vorn, das Kinn nach links und etwas nach hinten; der untersuchende Finger trifft auf die linke Wange und das linke Auge: die Gesichtslinie verläuft ungefähr in dem zweiten schiefen Durchmesser des Beckeneinganges: die hintere Fläche des Kindes ist nach rechts und vorn, die vordere nach links und hinten gerichtet. In dem Geburtsverlaufe geht diese Lage in der Regel in die erste Gesichtslage über, indem die Stirne sich von vorn und rechts nach hinten und rechts, und das Kinn von hinten und links nach vorn und links dreht, und das Gesicht tritt wie in dieser letzteren aus dem Becken hervor.

§. 266.

Wenn die dritte und vierte Gesichtslage während des Verlaufes der Geburt nicht auf die angegebene Weise in die zweite und erste übergehen und so beendigt werden, so kann sich das Gesicht im Verlaufe der Geburt mit der Gesichtslinie in den geraden Durchmesser der Beckenhöhle so drehen, dass die Stirne hinter die Schambeinfuge und das Kinn an das Kreuz-

bein zu stehen kommt. Der Ausgang kann alsdann verschieden seyn. War die Gesichtslage eine unvollkommene, mehr Stirnlage, so kann sich bei guten räumlichen Verhältnissen das Gesicht mehr in die Aushöhlung des Kreuzbeins zurückziehen, und die Geburt, während der Schädel hinter der Schamfuge herabsteigt, in der Stirnlage endigen. Wenn aber die Gesichtslage eine vollkommene ist, so stemmt sich die Stirne hinter der Schamfuge fest an, und der Hals tritt an der hinteren Wand des Beckens tiefer herab, wodurch bei dem starken Drucke des Promontoriums auf Hals und Brust das Kind sein Leben verliert und nicht anders als durch eine bedeutende Kunsthülfe zur Welt befördert werden kann. Die Beobachtungen von lebend gebornen Kindern in dieser Lage sind daher wahrscheinlich entweder bei besonders günstigen räumlichen Verhältnissen des Beckens oder bei Kleinheit des Kindes u. s. w., oder als unvollkommene Gesichtslagen, Stirnlagen, vorgegangen, da den beschäftigsten und treuesten Beobachtern sie seither auf andere Weise nicht vorgekommen sind.

§. 267.

Die Behandlung der Gesichtsgeburten ist im Allgemeinen die der regelmässigen Kopfgeburten; doch ist Folgendes noch dabei zu bemerken. Wenn man die Gesichtslage schon frühe in der ersten oder zweiten Geburtsperiode entdeckt, so lässt man die Kreissende sogleich eine horizontale Lage annehmen und vermeidet alles überflüssige Umhergehen. Nach dem Wassersprunge, welcher möglichst zu verzögern ist, wendet man bei der geburtshülflichen Untersuchung besondere Vorsicht an, um die vorliegenden Theile des

Gesichtes und besonders das Auge nicht zu quetschen. Da die Umdrehung des Kopfes bei den ungünstigeren räumlichen Verhältnissen schwieriger von statten geht, so übereilt man besonders die dritte Geburtsperiode nicht, und lässt die Wehen mässig verarbeiten. Bei dem Austritte des Kopfes nach der ersten und zweiten Gesichtslage verwendet man besondere Aufmerksamkeit auf die Erhaltung des höchst gespannten und gefährdeten Mittelfleisches.

§. 268.

Bei der dritten und vierten Art der Gesichtslage sucht man vorzüglich deren Uebergang in die zweite und erste zu begünstigen und untersucht desshalb äusserlich die Richtung des Uterus: da man gewöhnlich den Uterus nach der der Richtung der Stirne entgegengesetzten Seite geneigt findet, also bei der dritten Art nach rechts und bei der vierten Art nach links, so ist es sehr nützlich, die Seitenlage, auf der Seite, nach welcher die Stirne gerichtet ist, während der dritten Geburtsperiode annehmen zu lassen.

§. 269.

Der Vorschlag, bei den Gesichtslagen das Gesicht zu erheben und den Schädel herabzuführen, um so eine gemeine Kopflage hervorzubringen, ist im Allgemeinen zu verwerfen. Höchstens darf dieses Verfahren angewendet werden, wenn bei der dritten und vierten Gesichtslage, bei noch hohem Stande des Gesichtes und vor dem Wassersprunge, ein wenig geräumiges Becken gefunden wird. Die Wendung auf die Füsse ist aber allgemein verwerflich, wenn nicht eine andere Anzeige derselben gleichzeitig besteht. —

Die bedeutende Gesichtsgeschwulst des Kindes nach der Geburt wird mit aromatisch-weinigen Bähungen behandelt.

Vergl. No. 217. — 236. Th. III. S. 27. — 590. — 960. — 1755. — 2031. B. V. St. 3. S. 141. — 2352. H. 1. S. 11. — 2462. S. 43. —

Sechstes Kapitel.

Von der bedingt regelmässigen Geburt mit vorliegendem unterem Theile des kindlichen Körpers.

§. 270.

Die verschiedenen Arten der bedingt regelmässigen Geburt mit vorliegendem unterem Ende des kindlichen Körpers können zwar sämmtlich ohne Kunsthülfe durch die Kräfte der Natur mit Erhaltung des Kindes beendigt werden; sie fordern aber als Bedingung der Regelmässigkeit besonders gute räumliche Verhältnisse des Beckens und eine besonders gut entwickelte Geburtsthätigkeit, da eines Theils der dickste Theil des Kindes, der Kopf, zuletzt austritt, und leichter, als bei vorausgehenden Kopfe, eine ungünstige Stellung annimmt, anderen Theils schon eine mässige Zögerung in dem Austritte des Kopfes nach geborenem Rumpfe, durch den Druck auf die Nabelschnur und die Einwirkung der Luft auf den bereits

geborenen Theil des Körpers, und dadurch veranlasste Versuche der Luftathmung, den Tod des Kindes verursacht.

I. Von der Steissgeburt.

§. 271.

Bei der Steissgeburt, gedoppelten Geburt, *(partus clunibus praeviis)* stellt sich die Frucht mit dem Steisse auf den Beckeneingang, während die Kniee an den Unterleib und die Füsse an den Steiss gezogen sind. Nur in seltenen Fällen behalten indessen die Füsse diese Lage, sondern die Schenkel werden im Verlaufe der Geburt in der Regel aufwärts an dem Leibe hinaufgestreckt.

§. 272.

Vor dem Wassersprunge kann man selten den Steiss genau unterscheiden, da seine breite Fläche Aehnlichkeit mit dem Kopfe hat. Er steht auch gemeiniglich im Anfange der Geburt hoch und der Leib der Schwangeren hat sich nicht vollkommen gesenkt. Nach dem Wassersprunge setzte indessen die kugelförmige Gestalt und Weichheit der Hinterbacken mit den durchzufühlenden Sitzbeinhöckern, die Afteröffnung, aus welcher bei dem Fortgange der Geburt Meconium austritt, und die Geschlechtstheile, die Diagnose ausser allen Zweifel. Bei späterem Hinzukommen und bereits eingetretener Geschwulst der vorliegenden Theile, welche stets zuerst und vorzüglich den nach den Schambeinen liegenden Hinterbacken betrifft, kann für den Mindergeübten eine Verwechslung mit der Gesichtslage stattfinden. — Der Steiss

kann in vier verschiedenen Lagen in das kleine Becken treten.

§. 273.

Erste Steisslage. Der untersuchende Finger trifft auf den tiefer stehenden rechten Hinterbacken und Sitzbeinknorren, und unterscheidet zuweilen nach vorn und links den Kamm des rechten Darmbeines: nach hinten und rechts findet er die Aftermündung und den nach höher stehenden linken Hinterbacken. Wenn Geschwulst entsteht, so betrifft sie vorzüglich den rechten Hinterbacken und die Geschlechtstheile. Die rechte Hüfte steht links und etwas nach vorn, die linke rechts und etwas nach hinten, die Hüften stehen also ungefähr im ersten schiefen Durchmesser des Beckeneinganges; die vordere Fläche des Kindes ist nach links und hinten, die hintere Fläche nach rechts und vorn gerichtet.

§. 274.

Während des Verlaufes der Geburt steigt die rechte Hüfte tiefer in das Becken herab und wendet sich nach vorn gegen die Schamfuge, während die linke sich nach hinten in die Aushöhlung des Kreuzbeins dreht, so dass die Hüften jetzt im geraden Durchmesser der Beckenhöhle stehen. Im Ausgange des Beckens stemmt sich die rechte Hüfte unter den Schambogen, während nun die linke Hüfte tiefer herabtritt und sich endlich über den Damm entwickelt. Wenn in dieser Richtung der Rumpf etwa zur Hälfte geboren ist und die Füsse hervorgetreten sind, wendet sich, wegen des Eintrittes der Schultern in den Quer- oder ersten schiefen Durchmesser des Beckeneinganges, der Bauch des Kindes nach hinten; bei

tieferem Herabtreten des Rumpfes dreht er sich noch einmal zur Seite, indem die rechte Schulter sich unter den Schambogen stemmt und die linke über den Damm hervorkommt, wobei die Arme gewöhnlich auf der Brust gekreuzt liegen: der Kopf dreht sich bei seinem Austritte noch einmal mit dem Gesichte nach hinten, so dass sich dasselbe über den Damm hervorwälzt, während das Hinterhaupt unter dem Schambogen steht.

§. 275.

Zweite Steisslage. Der untersuchende Finger trifft auf den tiefer stehenden linken Hinterbacken. Die linke Hüfte steht nach rechts und etwas nach vorn, die rechte nach links und etwas nach hinten, die Hüften also ungefähr in der Richtung des zweiten schiefen Durchmessers. Die vordere Fläche des Kindes ist nach rechts und hinten, die hintere Fläche nach links und vorn gerichtet. In dem Geburtsverlaufe dreht sich die linke Hüfte gegen die Schamfuge und die rechte gegen die Aushöhlung des Kreuzbeins, und die Geburt verläuft übrigens nach dem Vorgange der ersten Art, mit dem Unterschiede, dass hier durch die seitlichen Drehungen die vordere Fläche des Kindes stets nach rechts gerichtet wird. — Wenn die Hüften anfangs vollkommen in dem Querdurchmesser des Beckeneinganges mit nach hinten gerichteter vorderer Fläche des Kindes standen, so geht diese Lage bald in eine der beiden beschriebenen über.

276.

Dritte Steisslage. Der untersuchende Finger trifft auf den tiefer stehenden linken Hinterbacken des

Kindes. Die linke Hüfte steht nach links und etwas nach vorn, die rechte nach rechts und etwas nach hinten, die Hüften stehen also ungefähr im ersten schiefen Durchmesser des Beckeneinganges. Die vordere Fläche des Kindes ist nach vorn und nach rechts, die hintere Fläche nach hinten und nach links gerichtet. Im Geburtsverlaufe dreht sich die tiefer herabtretende linke Hüfte nach vorn, hinter die Schambeinfuge, und die rechte Hüfte nach hinten, in die Aushöhlung des Kreuzbeins. Nachdem in dieser Richtung der Steiss geboren worden ist, dreht sich der Bauch nach hinten und rechts, und der weitere Austritt des Kindes erfolgt wie in der zweiten Lage, wenn er nicht durch unnöthige Eingriffe gestört und das Kind dadurch mit dem Gesichte gegen die Schambeine gekehrt wird.

§. 277.

Vierte Steisslage. Der Finger trifft auf den tiefer stehenden rechten Hinterbacken: die rechte Hüfte steht nach rechts und etwas nach vorn, die linke nach links und etwas nach hinten, die Hüften also ungefähr im zweiten schiefen Durchmesser des Beckeneinganges. Die vordere Fläche des Kindes ist nach links und vorn, die hintere nach rechts und hinten gerichtet. In dem Geburtsverlaufe dreht sich die tiefer herabsteigende rechte Hüfte hinter die Schambeinfuge, während die linke Hüfte in die Aushöhlung des Kreuzbeins gleitet. Nach dem Austritte des Steisses dreht sich der Bauch nach hinten und links, und die Geburt wird bei ungestörtem Verlaufe wie die erste Lage beendigt. — Wenn die Hüften anfangs vollkommen im Querdurchmesser des Beckeneinganges mit nach vorn gerichteter Bauchfläche des Kindes stehen, so

geht diese Lage im Geburtsverlaufe in eine der beiden letztgenannten Lagen über.

§. 278.

Die Steissgeburt ist unter den Geburten mit vorausgehendem unteren Theile des kindlichen Körpers die günstigste, und darf daher nie nach den älteren Vorschriften in eine Fusslage verwandelt werden, wenn nicht durch bestimmte Anzeigen schleunige Entbindung geboten wird. Die günstigeren Verhältnisse bei der Steissgeburt, in Beziehung auf die Fussgeburt, beruhen vorzüglich darauf, dass durch den bedeutenden Umfang des vorliegenden Theiles ein gleicher und zuweilen noch grösserer Widerstand bei dem Eintritte in das Becken und bei dem Durchgange durch dasselbe geleistet wird, wie bei der Kopfgeburt, und daher bis zum Durchschneiden des Steisses die Wehenthätigkeit gemeiniglich bis zu einer Höhe gesteigert wird, welche die Ausschliessung des Rumpfes und Kopfes alsdann in möglichst kurzer Zeit bewirken kann. Ausserdem werden durch den vorausgehenden breiten Theil des kindlichen Körpers die Geburtswege hinlänglich erweitert und für den Durchgang des Kopfes vorbereitet.

§. 279.

Die Behandlung der Steissgeburt fordert ausser den allgemeinen Regeln bei der Behandlung der gemeinen Kopfgeburt noch folgende Rücksichten. Bei der Bereitung des Geburtslagers hat man darauf zu sehen, dass die Erhöhung des Beckens über die Fläche wenigstens sechs bis acht Zolle beträgt, um das hier umständlichere Empfangen des Kindes ohne Störung

bewirken zu können. Die gewöhnlich etwas lange dauernde dritte Geburtsperiode übereilt man nicht durch starkes Verarbeiten der Wehen, und wenn der Steiss hervortritt, wobei das Mittelfleisch sorgfältig gestützt wird, so schlägt man denselben in ein erwärmtes Tuch ein, welches man bei weiterem Austreten des Rumpfes weiter aufwärts führt, und wenn es nass geworden ist, mit einem andern vertauscht. Besonders vermeidet man alles Anziehen des Steisses und voreilige Lösungsversuche der Füsse, sondern überlässt das Hervortreiben des kindlichen Körpers der Wehenthätigkeit, indem man die Nabelschnur durch vorsichtiges Anziehen einer kleinen Schlinge derselben, welche man nach hinten legt, gegen Spannung sichert. Nur wenn die Ausschliessung des Kopfes nach der Geburt des Rumpfes zögert, dadurch Gefahr für das Leben des Kindes entsteht, beschleunigt man dieselbe nach den Regeln, so wie auch, wenn schon früher eine Anzeige zur Beschleunigung der Geburt durch die Kunst eintritt, die Ausziehung des Kindes bewirkt werden muss.

Vergl. No. 194. — 236. Th. III. S. 34. — 736. — 1514. — 1531a. — 1964. — 2104. — 2120. B. IV. S. 300. — 2316. — 2365. — 2398. — 2443. — 2447. —

II. Von der Kniegeburt.

§. 280.

Eine Kniegeburt (*Partus genubus praeviis*) ist vorhanden, wenn der untere Theil des kindlichen Körpers sich mit den Knieen voran in den Beckeneingang stellt. Sie ist rücksichtlich der Diagnose vor-

züglich wichtig, indem das Knie wohl bei flüchtiger Untersuchung mit dem Ellbogen oder dem Schultergelenk, jedoch nur vorübergehend, verwechselt werden kann, da die runde Form desselben, die Kniescheibe, die dickern Oberschenkel und die fleischlosen Schienbeine die Diagnose bald ausser Zweifel setzen.

§. 281.

Bei der Kniegeburt wird das Herabtreten der Schenkel etwas mehr erschwert, als bei der Fussgeburt, und darum ist sie etwas günstiger als diese. Sobald die Füsse geboren sind, treten rücksichtlich des weitern Verlaufes und Ausganges alle Verhältnisse wie bei der Fussgeburt ein, und darum kann sowohl in dieser Rücksicht als auch rücksichtlich der Behandlung auf diese verwiesen werden. — Wenn nur ein Knie eintritt (unvollkommene Kniegeburt), so ist es im Allgemeinen vortheilhafter, als wenn beide (vollkommene Kniegeburt) eintreten, weil die Geburt alsdann als halbe Steissgeburt verläuft.

III. Von der Fussgeburt.

§. 282.

Die Fussgeburt (*Partus agrippinus seu Agrippanum*) besteht darin, wenn bei der Geburt mit vorangehendem unterem Theile des kindlichen Körpers ein oder beide Füsse zuerst durch den Muttermund hervortreten: im ersten Falle nennt man es eine unvollkommene Fussgeburt, halbe Steissgeburt, im zweiten Falle eine vollkommene Fussgeburt.

§. 283.

Schon in der ersten Geburtsperiode kann man eine Fussgeburt muthmassen, wenn bei ungleicher Form des Bauches kein vorliegender Theil sich durch das Scheidengewölbe entdecken lässt, und bei der langsam und schmerzhaft erfolgenden Erweiterung des Muttermundes die Blase sich wurstförmig durch denselben hindurch und tief in die Scheide senkt. Zuweilen entdeckt man schon in der Blase die Füsse und in seltenen Fällen kann man durch die dünnen Bauchdecken die Lage der Frucht bestimmen. Gemeiniglich erfolgt der Wassersprung vor vollkommen erweitertem Muttermunde und das Fruchtwasser fliesst alsdann gänzlich aus, während nun die Füsse deutlich durch den Muttermund erkannt und durch die Fersen und Zehen von den Händen unterschieden werden.

§. 284.

Gleich nach erfolgtem Wassersprunge können sich die Füsse in verschiedener Richtung zu den Durchmessern des Beckeneinganges einstellen, ohne dass etwas darauf ankommt, da sie diese Stellung gemeiniglich noch verändern. Erst wenn die Hüften in den Beckeneingang treten, unterscheidet man bei der Fussgeburt die nämlichen vier verschiedenen Lagen, wie bei der Steissgeburt, welche man an der Richtung der Zehen und Fersen erkennt.

§. 285.

Im Verlaufe der Geburt gehen diese verschiedenen Arten der Fussgeburt auch die nämlichen Drehungen ein, wie bei der Steissgeburt, so dass bei dem Austritte des Kopfes dieser in der Regel mit dem

Gesichte nach dem Kreuzbeine gekehrt ist, wenn nicht durch voreilige Züge an den unteren Extremitäten die regelmässigen Drehungen des Körpers gestört worden sind. Da jedoch bei der Fussgeburt der Steiss sowohl bei seinem Durchgange durch das Becken als auch durch den Muttermund einen weit geringeren Widerstand leistet, als bei der Steissgeburt, so wird bei dem leichteren Herabtreten des Rumpfes die Wehenthätigkeit weit weniger entwickelt, und der Muttermund und die Mutterscheide weit weniger erweitert, wodurch leicht die nachtheiligen Folgen entstehen, dass bei tieferem Herabrücken des Rumpfes die Arme aufwärts neben den Kopf geleitet und das Kinn von der Brust entfernt wird, so dass der Kopf eine ungünstige Stellung im Becken erhält. Wenn nun gleichzeitig die Wehenthätigkeit zu schwach geblieben ist, so kann es leicht geschehen, dass nach der Geburt des übrigen Körpers der Kopf länger als fünf bis zehn Minuten im Becken verweilt, wodurch das Leben des Kindes sehr gefährdet wird, und nicht selten verloren geht.

§. 286.

Bei der unvollkommenen Fussgeburt, oder halben Steisslage, ist dieses Verhältniss weit günstiger; denn da in diesem Falle nur ein Fuss durch den Muttermund hervortritt, der andere aber am Leibe des Kindes aufwärts geschlagen wird, so stellt sich der Steiss mit einer weit breiteren Fläche in den Beckeneingang, als bei der vollkommenen Fussgeburt; der Widerstand desselben wird dadurch grösser, die Wehenthätigkeit vollkommener entwickelt, und die Weichtheile mehr

erweitert, so dass bei endlich erfolgendem Durchgange der Hüften durch das Becken der übrige Körper nicht lange zögert, sondern bald nachfolgt. Das Leben des Kindes wird daher bei diesem Vorgange weit weniger gefährdet, als bei der vollkommenen Fussgeburt.

§. 287.

Bei der Behandlung der Fussgeburt hat schon in den ersten beiden Geburtsperioden die Kreissende das Umhergehen zu vermeiden und eine horizontale Lage anzunehmen, welches auch überhaupt in allen Fällen, in welchen kein vorliegender Kindestheil gefunden wird, als allgemeine Regel gilt. Das Geburtsbett ist wie bei der Steissgeburt einzurichten, und der Blasensprung ist möglichst zu verzögern, bis der Muttermund sich gehörig erweitert hat. Während der dritten Geburtsperiode vermeidet man das zu starke Verarbeiten der Wehen, um dem zu frühen Herabtreten der Füsse zu begegnen. Wenn nur ein Fuss vorliegt, so lässt man den anderen zurück, statt ihn nach früheren Vorschriften herabzuführen, und vermeidet überhaupt alles Anziehen der Füsse. Die hervortretenden Theile des Kindes werden sogleich in erwärmte Tücher eingeschlagen. Bei dem Austritte der Hüften ist der Damm zu unterstützen, und dann die Nabelschnur gegen Spannung zu sichern. Wenn aber nach dem Austritte der Hüften oder nachdem das Kind bis an die Schultern geboren ist, das weitere Vorrücken desselben zögert, so muss die Geburt durch die Kunst beendigt werden, welches in Beziehung auf den Austritt des Kopfes in den meisten Fällen der Fussgeburt eintreten wird, welches auch geschehen

muss, wenn schon früher eine Anzeige zur Beschleunigung der Geburt eintritt.

Vergl. No. 334. S. 16. — 939i. — 1157. — 1253. — 1531a. —

Siebentes Kapitel.

Von der Zwillingsgeburt.

§. 288.

Die Geburt von Zwillingen, Drillingen u. s. w., welche zuweilen schon während der Schwangerschaft mit Wahrscheinlichkeit vorausgesagt, wirklich erkannt aber erst nach der Geburt des ersten Kindes wird (§. 116.), ist zu den bedingt regelmässigen Geburten darum zu rechnen, weil die Geburt zweier oder mehrerer Kinder die Gebärende ungemein angreift, und nicht selten eines der Kinder eine regelwidrige oder wenigstens bedingt regelmässige Lage hat.

§. 289.

Bei der Zwillingsgeburt ist die Diagnose nach der Geburt des ersten Kindes durch den ausgedehnt bleibenden Uterus und die darin zu erkennenden Kindestheile leicht, während die innere Untersuchung die Bildung einer neuen Blase nachweiset. Die Nachgeburt des ersten Kindes bleibt alsdann zurück bis nach der Geburt des letzten Kindes. Die Geburt des zweiten Kindes erfolgt zwar in der Regel binnen einer

Stunde nach der Geburt des ersten, doch kommen die Fälle, in welchen dieselbe erst nach 4—12, ja bis 24 Stunden erfolgte, schon häufiger vor, und selbst eine Verzögerung von zwei Tagen ist nicht zu selten beobachtet worden: als seltener Vorgang ist indessen eine Zwillingsgeburt bekannt, in welcher die Zwillinge in einem Zeitraum von 17 Tagen geboren wurden.

§. 290.

Zwillingskinder sind gemeiniglich von geringerer Grösse und Schwere, als einfach geborene Kinder: sie wiegen gewöhnlich, jedes 4—5 Pfunde, doch sind auch Beispiele von grösserer oder geringerer Schwere vorhanden. In der Regel ist ein Zwillingskind stärker als das andere, und wenn eines derselben im Verlaufe der Schwangerschaft abstirbt, so wird dasselbe nicht geboren, sondern bleibt in dem Uterus zurück, bis die Geburt des lebenden Kindes erfolgt, welches bald ungemein stark ausgebildet und zu rechter Zeit, bald aber auch vor dem regelmässigen Geburtstermine geboren wird.

§. 291.

Die Behandlung der Zwillingsgeburt ist während der Geburt des ersten Kindes nicht von den seither angegebenen Regeln abweichend: nur wenn etwa die Scheidewand des Eies frühe durchbrochen worden wäre, so dass sich Gliedmassen des zweiten Kindes neben Gliedmassen des ersten Kindes vordrängen, hat man mit besonderer Sorgfalt diese von einander zu sondern. Nach der Geburt des ersten Kindes lässt man erst die Placenta etwas ausbluten, um sie zu verkleinern, und bindet alsdann um das Placentenende

der Nabelschnur einen Faden oder knüpft sie in einen Knoten, um sie nach der Geburt des zweiten Kindes von der Nabelschnur desselben unterscheiden zu können. Eine völlige Unterbindung der ersten Nabelschnur, um dadurch Verblutung des zweiten Kindes (?) zu verhüten, ist, der Erfahrung gemäss, überflüssig: wenn man indessen eine solche als Vorsichtsmassregel anwenden will, so ist es wenigstens ohne Nachtheil, wenn man vorher etwas Blut aus der Nabelschnur ausfliessen liess.

§. 292.

Die Geburt des zweiten Kindes wartet man ab, wie die des ersten Kindes, und unternimmt nichts zur Beschleunigung derselben, wenn sie auch in einiger Zeit nicht erfolgen sollte: in manchen Fällen ist es sogar von dem grössten Nutzen, wenn dieselbe nicht zu schnell nach der ersten eintritt, damit die Kreissende erst wieder Kräfte sammeln kann. Wenn sie aber bei völliger Erhohlung der Gebärenden längere Zeit ausbleibt, so entsteht die Frage, ob es nicht zweckmässiger seyn dürfte, dieselbe nunmehr als regelwidrig zu behandeln und durch die künstliche Entbindung zu beendigen.

§. 293.

In dieser Rücksicht ist es besonders wichtig, zu unterscheiden, ob bei der inneren Untersuchung sich die Frucht in einer Lage zeigt, welche die Geburt als eine allgemein oder bedingt regelmässige erwarten lässt. In diesem letzten Falle kann man die Geburt binnen zwei Tagen abwarten, ohne dass ein Nachtheil daraus erwächst. Wenn sich aber kein vorliegender

Kindestheil, oder ein Kindestheil, welcher eine regelwidrige Fruchtlage bezeichnet, durch den Muttermund erreichen lässt, so ist es rathsam, sobald die Kreissende sich nach der Geburt des ersten Kindes vollkommen erholt hat, die Blase zu sprengen und den Kopf oder die Füsse der Frucht in den Muttermund zu leiten, worauf dieselbe in der Regel bald durch die nun eintretende Geburtsthätigkeit ausgeschieden wird.

§. 294.

Zögert der Eintritt der Geburt des zweiten Kindes bei regelmässiger Lage desselben länger als zwei Tage, so lehrt die Erfahrung, dass man den Eintritt der Geburtsthätigkeit ohne Nachtheil abwarten kann. Da indessen die grosse Unruhe und Aengstlichkeit der Gebärenden, so wie die nicht selten eintretenden fieberhaften Zustände in manchen Fällen eine sehr lange Verzögerung nicht gleichgültig erscheinen lassen, so kann man, nachdem man einen bis zwei Tage lang vergeblich den Eintritt der Geburt erwartet hat, den Wassersprung künstlich vornehmen, worauf durch die bald eintretende Geburtsthätigkeit die Ausschliessung der Frucht erfolgt.

§. 295.

Wenn nach der Geburt des zweiten Kindes noch ein drittes u. s. w. gefunden wird, so verfährt man damit eben so, wie bei dem zweiten Kinde: bei der Mittheilung der Gewissheit über mehrere zu erwartende Früchte hat man jedoch Vorsicht zu beobachten, um die Kreissende dadurch nicht zu erschrecken. Wenn kein Kind mehr in dem Uterus enthalten ist, und die Erscheinungen der Lösung der Placenta ein-

getreten sind, so nimmt man die Handgriffe zur Entfernung der Placenta mit der bezeichneten Nabelschnur des ersten Kindes vor, wodurch gemeiniglich die beiden zusammenhängenden Placenten entfernt werden. In seltenen Fällen (etwa einmal unter fünf) sind die beiden Eier ganz getrennt, und dann entfernt man mittelst der Nabelschnur des zweiten Kindes auch die diesem angehörige Nachgeburt nach der Entfernung der ersten.

Vergl. No. 696. No. 213. S. 239. — 959. — 1000. 1097. Febr. 1825. — 1183. — 1919. —

Dritter Abschnitt.

Von dem regelmässigen Verlaufe des Wochenbettes und dessen Behandlung.

Erstes Kapitel.

Von dem Wochenbette im regelmässigen Zustande.

§. 296.

Nach der Ausschliessung des Kindes und der Nachgeburt tritt in dem weiblichen Körper ein Process ein, durch welchen derselbe im Allgemeinen und besonders rücksichtlich der Geschlechtsorgane in den

nichtschwangeren Zustand zurückgebildet wird; es tritt dabei ein allgemeines Streben der Säfte und der Nerventhätigkeit von dem bisherigen Centrum, dem Uterus, zu der Peripherie des Körpers ein, welches besondere Thätigkeiten und Ausscheidungen, insbesondere die Hautsecretion, die Lochiensecretion und die Milchsecretion zur Folge hat, welche letztere alsdann bei grösserer Entwickelung der Brüste fortdauert, und zur Ernährung des Kindes verwendet wird. — Das Kind beginnt ein selbstständiges Leben durch Veränderung in den Verrichtungen mehrerer Organe.

§. 297.

Gleich nach der Geburt ist die Entbundene ermüdet, wie nach einer grossen körperlichen Anstrengung: der Grad und die Dauer dieser Ermüdung ist verschieden nach der Constitution und nach der Dauer und der Schwierigkeit der Geburt. Nicht selten tritt jetzt ein Frost von verschiedener Stärke ein, als Symptom der veränderten Richtung der Säfte und der Nerventhätigkeit. Besonders spricht sich aber das Bedürfniss der Ruhe und des Schlafes aus, nach welchem die Wöchnerin sich erquickt und erholt fühlt.

§. 298.

Während dieses Schlafes bricht auf der ganzen Hautoberfläche ein mässiger, warmer, allgemeiner Schweiss aus, als erste Erscheinung des Strebens der Säfte von dem Mittelpuncte zur Peripherie: die Haut ist dabei weich, warm und turgescirend, und dieser, besonders in den ersten Tagen des Wochenbettes, aber auch noch später häufig eintretende, Schweiss ist nicht dünnwässerig, und nimmt bald einen stärkeren ani-

malischen, zuweilen spermatischen Geruch an. Es ist diese Secretion von besonderer Wichtigkeit für den Rückbildungsprocess. — Die äusseren Sinnesorgane sind empfindlich gegen Eindrücke, als Folge der eingetretenen Ableitung der Nerventhätigkeit von den Geflechten des Unterleibes: doch bleiben diese letzteren noch einige Tage besonders empfindlich gegen äussere Eindrücke. — Der Puls ist weich, aber gemeiniglich etwas voll.

§. 299.

Schon bei der Lösung und Ausscheidung der Nachgeburt wurde aus den weiten Mündungen der Venen des Uterus eine Quantität des in den Zellen dieses Organes reichlich enthaltenen Blutes ausgeleert, und durch die bedeutende und dauernde Verkleinerung desselben die übrige Blutmenge in den Kreislauf zurückgedrängt. Ausser dem Andrange der Säfte zur allgemeinen Oberfläche, dienen vorzüglich die rücksichtlich ihrer räumlichen Verhältnisse freier und thätiger gewordenen Lungen dazu einen Theil desselben aufzunehmen. Doch ist in den ersten Tagen einige fortdauernde Abdominalplethora nicht zu verkennen.

§. 300.

Der Uterus, welcher gleich nach der Geburt sich vorzüglich in seinem Grunde und Körper verkleinerte, während der Mutterhals gleichsam als gelähmter Sphincter noch erschlafft blieb, ist in den nächsten Tagen noch hoch und zum Theile über dem Becken stehend, und sinkt dann bei fortschreitender Verkleinerung desselben tiefer in das Becken herab, so etwa wie er im nichtschwangeren Zustand während der

Menstruation steht. Die offenen Venenmündungen der inneren Oberfläche desselben, besonders an der Stelle des Placentensitzes, ergiessen während des Bestrebens der Rückbildung etwas Blut und sondern die noch festhängende Decidua theils aufgelöst, theils faserig, ab. Man nennt dieses die Wochenreinigung, Lochien (*Lochia*), welche anfangs, etwa bis zum vierten oder fünften Tage, blutig (*Lochia rubra*), dann aber mehr fleischwasserähnlich (*Lochia serosa*), etwa bis zum zehnten bis zwölften Tage, und endlich lymphähnlich oder nach Einigen milchartig (*Lochia alba*) noch einige Zeit fortdauert. Die Dauer der Wochenreinigung ist überhaupt nach der Constitution verschieden, pflegt aber bei Frauen, welche ihre Kinder selbst stillen, kürzer, und im entgegengesetzten Falle länger zu seyn. — Die Wochenreinigung ist vorzüglich als ein Product des Bestrebens zur Rückbildung in der Wandung des Uterus selbst und auf seiner inneren Oberfläche anzusehen.

Vergl. No. 1110. — 2465. B. I. H. 2. S. 351.

§. 301.

An dem ersten Tage nach der Geburt besteht diese Verkleinerung des Uterus vorzüglich in selbstthätigen Zusammenziehungen seiner Fasern, an den folgenden mehr in eigentlicher Rückbildung der Substanz. Je kräftiger entwickelt noch die Substanz des Uterus ist, wie bei Erstgebärenden, desto weniger bedarf es dazu eigentlicher Contractionen, da die Rückbildung der Substanz schon früher eintritt: daher sind Erstgebärende gewöhnlich nach der Geburt, mit Ausnahme der Schmerzen von der Ausdehnung der äusseren Geburtstheile, schmerzlos. Bei schlafferer Beschaf-

fenheit des Uterus, wie bei Mehrgebärenden, müssen hingegen der Rückbildung der Substanz mehrere und kräftige Zusammenziehungen des Uterus vorausgehen, welche Nachwehen heissen, und deren Schmerzhaftigkeit nach der Empfindlichkeit der Person von verschiedener Stärke ist. Bei zu leichten oder schnellen Geburten bleibt überhaupt der Uterus zu empfindlich, und daher sind alsdann die Nachwehen stärker.

§. 302.

Gleich nach der Geburt turgesciren zwar die Brüste schon mehr, als vorher, und sondern eine wässerige Milch (*Colostrum*) ab, allein erst gegen den dritten Tag des Wochenbettes tritt die stärkere Anschwellung der Brüste und die Absonderung der fetteren, zur Ernährung des Kindes geeigneten Milch ein; diesen Eintritt bezeichnet nicht selten ein Frost mit einiger darauf folgender Hitze, welcher der Milchschauer, und in stärkerem Grade das Milchfieber genannt wird. Bei seinem Eintritte lässt die Lochienausscheidung nach und die Haut ist gemeiniglich trocken: nach einer Dauer von einigen Stunden bis zu 24 Stunden, tritt allgemeiner Schweiss und der Lochienfluss wieder ein und das Fieber verschwindet. — Die Absonderung der Milch ist während des Wochenbettes als eine wichtige Secretion bei der Rückbildung des weiblichen Körpers, nächstdem aber, und besonders in der Folge, als Ernährungsmittel für das Kind zu betrachten. So lange die Milchsecretion dauert, tritt in der Regel die Menstruation nicht ein, und die Frau wird nicht wieder schwanger: doch sind Ausnahmen hievon nicht selten.

§. 303.

Die Milch von guter Beschaffenheit ist dünnflüssig, bläulichweiss, süss von Geschmack und geruchlos; ein Tropfen auf einem Fingernagel fliesst langsam ab, und hinterlässt eine weissliche Spur: in ein Glas Wasser getröpfelt, vermischt sie sich langsam und wolkig mit dem Wasser, und bei schlechterer Qualität bemerkt man leichter den Fettgehalt derselben auf der Oberfläche und den Käsegehalt am Boden des Wassers. Besonders gut bleibt sie nur etwa vierzig Wochen, und nimmt dann an Fett- und Käsegehalt zu. Die Bestandtheile der menschlichen Milch sind, wie bei der Thiermilch, Milchzucker, öliges Fett und Käsestoff mit Wasser, doch ist der erstere mehr überwiegend, wie bei der Thiermilch.

§. 304.

Die Esslust einer Wöchnerin ist in den ersten Tagen vermindert, weil die grössere Menge der von dem Uterus dem übrigen Körper zuströmenden Säfte nun zum Theil zur Ernährung verwendet wird, und es ist mehr Neigung zu flüssigen als zu consistenten Speisen vorhanden. Der Durst ist wegen der in veränderter Richtung erhöheten Thätigkeit der Saugadern etwas, aber nur mässig verstärkt. Die Urinausleerung ist ungestört, wenn keine Quetschung des Blasenhalses oder der Harnröhre stattgefunden hat, und die Stuhlausleerung unterbleibt wegen der vergrösserten Raumverhältnisse des Darmkanals und der horizontalen Lage der Wöchnerin drei bis vier Tage. Nach dieser Zeit wird auch die Esslust wieder regelmässig, und die Wöchnerin fängt schon mit dem fünften oder sechsten

Tage an das Bett zu verlassen, welches jedoch bei Schwächeren oder Empfindlicheren erst mit dem zehnten bis vierzehnten Tage geschieht.

§. 305.

Die Bauchwandung bleibt nach der Geburt schlaff und die Bauchhaut faltig braun gefleckt und gleichsam narbig: auch bleibt daher der Bauch etwas dicker als vorher und es entsteht Anlage zu Fettablagerung in demselben. Die Mutterscheide, welche bald nach der Geburt schlaff, weit, weich und ohne Falten gefunden wird, bildet sich allmählig zurück, bleibt aber weiter als vorher. Die Vaginalportion des Uterus verengt sich erst nach einigen Tagen, bleibt aber einige Zeit geöffnet, wulstig und später immer grösser als vorher; die Form des äussern Muttermundes bleibt auch späterhin platt fingerhutartig geöffnet und der äussere Rand mit grössern oder kleinen Narben versehen. Die anfangs geschwollenen äusseren Geburtstheile werden schlaff und die äusseren Schamlippen schliessen später nicht mehr fest zusammen; das Schambändchen ist in der Regel zerrissen.

§. 306.

Das Kind tritt nach der Geburt in das selbstständige Leben über, indem mit der Respiration der Kreislauf des Blutes durch die Lungen anfängt, und die Fötusorgane (eirundes Loch im Herzen, Nabelgefässe, Brustdrüse u. s. w.) allmählig zurückgebildet werden. Sein Geschrei ist lebhaft, es lässt bald Urin, und leert nach zwölf bis vierundzwanzig Stunden den ersten grünlich schwarzen Koth (*Meconium*) aus. Es saugt

kräftig an der Brust, der Nabelschnurrest welkt ab und trennt sich nach vier bis sechs Tagen gänzlich.

Zweites Kapitel.

Von der Behandlung der Wöchnerin und des neugeborenen Kindes.

I. Behandlung der Wöchnerin.

§. 307.

Die Behandlung der Wöchnerin im regelmässigen Zustande muss vorzüglich dahin gerichtet seyn, alle Störung der Thätigkeiten, welche den Rückbildungsprocess des Wochenbettes bedingen, zu verhüten, und den Eintritt übler Zufälle zu vermeiden. Diese Behandlung kann daher zwar nach der Constitution der Wöchnerin und dem Verlaufe der stattgefundenen Geburt besondere Vorschriften nöthig machen, doch ist sie im Allgemeinen folgende.

§. 308.

Nachdem die Entbundene noch einige Ruhe in einer horizontalen Lage auf dem Geburtsbette genossen hat, entfernt man, wo möglich ohne sie völlig aufzurichten, die durch Schweiss, Blut u. s. w. beschmutzten Kleidungsstücke und versieht sie mit gewärmter und reiner Wäsche. Die Geburtstheile werden mit einem in lauwarmes Wasser getauchten Schwamme gereinigt. Das Anlegen einer stützenden Bauchbinde ist zwar im

Allgemeinen überflüssig, und das zu feste Anlegen derselben auch schädlich, doch ist eine sanft stützende Binde bei schlaffer lymphatischer Constitution, nach zu schnell verlaufenden Geburten, bei vorhandenem Husten u. s. w. zu empfehlen.

§. 309.

Das Wochenzimmer muss so viel als möglich von geräuschvollen Orten entfernt, weder zu gross noch zu klein, und die Luft desselben rein, mässig, warm (14—15° Réaum.), besonders aber gleichmässig seyn. Es darf wegen der Empfindlichkeit der Augen der Wöchnerin und des Kindes nur mässig erhellt seyn, und besonders ist jedes plötzliche blendende Erhellen desselben zu vermeiden. Gegen die Möglichkeit der Zugluft muss durch Schirme gesorgt seyn, allein die Luft muss täglich auf eine angemessene Weise und mit Vorsicht erneuert werden. Alle Räucherungen, besonders auch die dem Kinde sehr nachtheiligen nach Guyton-Morveau, sind gänzlich zu vermeiden.

§. 310.

Das Wochenlager muss durch ein Wachstuch gegen das Eindringen der Feuchtigkeiten geschützt seyn, zu deren Aufnahme vier- bis achtfach zusammengelegte Betttücher unter die Beckengegend gelegt, und einigemal täglich mit Vorsicht und nach gehöriger Erwärmung erneuert werden. Reinlichkeit des Wochenlagers ist sehr wichtig, doch darf dabei auch nicht die nöthige Vorsicht unterlassen werden, um die Wöchnerin gegen Erkältung zu schützen. Die Lage der Wöchnerin muss anfangs mehr flach horizontal, später mit etwas erhöhterer Brust und Kopfe seyn. Die Bett-

bedeckung sey sorgfältig, doch mit Vermeidung zu schwerer und erhitzender Federdecken.

§. 311.

Eine ruhige horizontale Lage, mit möglichster Vermeidung körperlicher Bewegung, ist für die Wöchnerin ganz besonders nöthig, um die Rückkehr der Geschlechtsorgane in den nichtschwangeren gesunden Zustand zu begünstigen, und manche Dislocationen der Gebärmutter bleiben nach der Geburt nur durch die Unterlassung dieser Regel zurück. Erst nach dem fünften bis sechsten Tage darf eine sonst gesunde Wöchnerin anfangen, auf kurze Zeit das Bett zu verlassen, und Schwächlichere dürfen dieses erst nach dem zehnten bis vierzehnten Tage thun. Auf gleiche Weise ist Vermeidung aller Gemüthsbewegungen streng zu beobachten, und die Wöchnerin sorgfältig vor Schrecken, Aerger u. dgl. m. zu bewahren. Geschwätzige Wochenbesuche sind besonders in den früheren Tagen sehr nachtheilig.

§. 312.

Ruhe und Schlaf ist das vorzüglichste Mittel zur Erhohlung der Wöchnerin, und sie darf sich dem letztern überlassen, so oft und so lange sie will. Bei dem bald nach der Geburt eintretenden Schlafe muss eine sorgfältige Aufsicht wegen der Möglichkeit unbemerkt eintretender Gebärmutterblutflüsse stattfinden.

§. 313.

Die Kleidung der Wöchnerin muss bequem und warm seyn, besonders an der Brust, den Schultern und den Oberarmen, um sie hinlänglich gegen Erkältung

zu schützen. Sie muss leicht und ohne viele Umstände zu verändern seyn, um den Wechsel der Leibwäsche ohne Erkältung und schnell vornehmen zu können. Die Leibwäsche wird mit gehöriger Erwärmung so oft verändert, als es die Reinlichkeit erfordert, doch nicht gerade während eines stärkeren Schweisses und nicht zu häufig.

§. 314.

In den ersten Tagen des Wochenbettes bedarf die Wöchnerin nur wenig Nahrung. Die Speisen müssen leicht verdaulich und mässig nährend seyn, und mit Vermeidung der consistenten gereicht werden, weil sonst leicht Fieberanfälle erfolgen. Wassersuppen, vegetabilische Schleimsuppen und Weissbrod ist in den ersten Tagen hinreichend, worauf man zu dünner Fleischbrühe, gekochtem Obst und endlich besserer Fleischbrühe übergeht. Wo es die Constitution fordert, kann schon früher stärkere Fleischbrühe, Hühnerbrühe mit Eigelb u. s. w., auch weichgesottene Eier gereicht werden. Zum Getränk ist dünner Gersten- oder Haferschleim zu empfehlen, welcher sehr mässig warm genossen wird; kaltes Wasser ist gänzlich zu vermeiden: nur bei geringerer Hautsecretion ist ein schwacher Chamillenthee zu reichen. Der von manchen als allgemeines Getränk empfohlene Thee von Chamillen, Flieder u. s. w. ist jedoch nachtheilig, weil dadurch in vielen Fällen die Hautsecretion zu sehr gefördert und die Veranlassung zu Frieselausschlägen begünstigt wird. Bier und dergleichen darf erst nach Beendigung des Wochenbettes genossen werden, schwere und blähende Speisen sind aber während des Stillens überhaupt zu meiden.

§. 315.

Die Hautsecretion ist als eigenthümliche Wochensecretion von besonderer Wichtigkeit. Ein mässig warmes und besonders gleichmässiges Verhalten der Wöchnerin, mit besonderer Vermeidung aller Erkältung ist daher von grosser Wichtigkeit. Allein eben so nachtheilig ist der Gebrauch, durch grosse Stubenwärme, warme und schwere Bedeckung und diaphoretische Getränke die Wöchnerin in einer beständig zu starken Transpiration der Haut zu erhalten, wodurch nothwendig eine übermässig verstärkte Richtung der Säfte von dem Centrum zur Peripherie, mit allen Folgen derselben erzeugt wird.

§. 316.

Schon einige Stunden nach der Geburt ist die Wöchnerin zu erinnern, an die Urinausleerung zu denken, und dieselbe während des Wochenbettes nie zu lange zu unterlassen, weil durch die zu grosse Ausdehnung der Blase leicht Urinverhaltung oder Dislocation der Gebärmutter veranlasst wird. Im Nothfalle muss der Urin zeitig durch den Katheter entleert werden. — Die äusseren Geschlechtstheile werden täglich mit lauwarmem Wasser und einem Schwamme gereinigt, und wenn sie gequetscht und empfindlich sind, mit einem aromatischen Ausgusse, mit einem geistigen Zusatze, fomentirt. Die Stuhlausleerung kann ohne Nachtheil bis zum dritten Tage unterbleiben; dann muss sie aber bei längerem Ausbleiben durch ein erweichendes Klystier täglich gefördert werden, bis sie geregelt ist. Alle Purganzen sind streng zu vermeiden.

§. 317.

Schmerzhafte Nachwehen sind bei Mehrgebärenden beinahe in der Regel vorhanden, so wie auch zuweilen bei empfindlichen Erstgebärenden. Ruhiges Verhalten, und gewärmte Tücher auf die Uterusgegend gelegt, wobei innerlich Chamillenthee oder Mohnsamenemulsion gereicht wird, reichen gewöhnlich zu, die Schmerzhaftigkeit derselben zu mässigen. Bei stärkerem Grade und längerer Dauer derselben werden sie nach den Regeln behandelt (§. 454.) — Das Milchfieber fordert in der Regel keine weitere Behandlung, als Beförderung der Milchexcretion durch öfteres Anlegen des Kindes, und Beförderung der Hautsecretion.

§. 318.

Die Brüste und Brustwarzen, so wie die Regulierung des Säugegeschäftes, fordern im Wochenbette eine besondere Sorgfalt, da selbst bei gutem Verhalten leicht Störungen durch Entzündung der Brüste und Wundwerden der Warzen, besonders bei Erstgebärenden, eintreten. Sechs bis zwölf Stunden nach der Geburt, und bei Schwäche der Wöchnerin spätestens nach vierundzwanzig Stunden, muss das Kind an die Brust gelegt werden, wenn nicht Störungen eintreten sollen. Die erste Muttermilch *(Colostrum)* ist dem Kinde besonders dienlich, da sie die Ausleerung des Meconiums befördert.

§. 319.

Während des Säugens, welches anfangs am Besten in der Seitenlage geschieht, muss die Brust, durch Bedecken mit einem Tuche, gegen Erkältung geschützt werden, und nach dem Säugen die Brustwarze

jedesmal mit erwärmten Branntwein, Rum u. s. w. gewaschen werden, um sie gegen das Wundwerden zu schützen. Bei dem Säugen, welches anfangs alle zwei bis drei Stunden geschehen kann, wird mit beiden Brüsten abgewechselt. Wird das Säugen durch Kleinheit der Warzen erschwert, so kann man dieselben durch die Milchpumpe oder Milchgläser hervorziehen, oder ihre Entwickelung durch Auflegen von Warzenhütchen begünstigen. Durch Schwierigkeiten in dem Säugegeschäfte darf man sich, besonders bei Erstgebärenden, wenn sie übrigens nur gesund und kräftig sind, nicht abschrecken lassen, indem dieselben durch Geduld und ausdauernde Sorgfalt meistens überwunden werden können.

§. 320.

Jede gesunde Mutter soll in der Regel ihr Kind selbst stillen: so gebietet es die Natur, so ist es der Mutter zuträglich, und auch dem Kinde individuell vorzüglich nur die Milch der eigenen Mutter zusagend. Nur wo krankhafte Zustände der Mutter, Schwindsucht, Wassersucht u. s. w., oder Anlage zu diesen Krankheiten, es für die Mutter nachtheilig, oder wie bei Epilepsie, Melancholie, Syphilis u. s. w. für das Kind gefährlich machen, oder wegen Mangel an Milch oder fehlerhafter Bildung der Brüste oder Warzen das Stillen unmöglich ist, soll dasselbe von der Mutter unterlassen werden. In diesem Falle muss die Diät längere Zeit, bis zu dem Aufhören des stärkern Milchandranges nach den Brüsten, eingeschränkt bleiben, das Bett muss länger gehütet werden, und man muss besonders darauf sehen, dass die Wochenreinigung hinreichend stark ist.

Vergl. No. 54. — 90. — 123. — 229. — 238. — 253. — 312. — 423a. — 528. — 546. — 686. — 720. — 751b. — 862. — 952. — 1030. — 1078. — 1208b. — 1208d. — 1338. — 1678. — 1818. — 1982. — 1995. 2015. —

II. Behandlung des neugebornen Kindes.

§. 321.

Nach der Geburt wird das Kind in ein Bad von nicht zu geringem Temperaturgrade (etwa 28—29° Réaum.) gebracht und durch sanftes Bewegen und Reiben gereinigt. Wenn das auf der Haut befindliche Smegma nicht durch das Wasser zu entfernen ist, so reibt man dasselbe mit einer Fettigkeit oder Oel ab, und wascht dann das Kind mit etwas Seife rein. Das Bad ist dem neugeborenen Kinde äusserst wohlthätig, und wird am Besten in den ersten vierzehn Tagen täglich wiederholt, und später nicht ganz unterlassen. Der Nabelschnurrest wird in ein mit Fett bestrichenes Läppchen eingeschlagen und links aufwärts am Leibe mit einer locker angezogenen Nabelbinde befestigt.

§. 322.

Die Einhüllung des Kindes, das Windeln, muss vorzüglich gleichmässige und etwas starke Erwärmung des Kindes bezwecken, ohne einen Theil desselben zu drücken oder die Bewegung der Gliedmassen zu sehr zu beschränken. Besonders muss die Bauch- und vorzüglich die Lebergegend nicht durch die Nabelbinde oder das Einwindeln gedrückt werden, wodurch hauptsächlich, nebst der zu eiligen Unterbindung der Nabelschnur, die Gelbsucht der Neugebornen und andere

Zufälle derselben verursacht werden. Die Arme dürfen nur bei schwächlichen Kindern in den ersten Tagen mit eingewindelt, bei gesunden Kindern müssen sie aber stets frei gelassen werden. Der Kopf ist leicht zu bedecken, und die zu grosse Wärme desselben zu vermeiden. War die Kopfgeschwulst etwas bedeutend, so ist es nützlich, ein mit aromatisch-geistiger Flüssigkeit befeuchtetes Läppchen darüber zu legen, worauf sie in kurzer Zeit verschwindet.

§. 323.

Das beste Lager des Kindes ist im Bett bei der Mutter, indem die animalische Wärme derselben ihm vorzüglich heilsam ist. Da jedoch das Lager der Wöchnerin dadurch unbequem wird, auch bei tiefem Schlafe derselben Gefahr des Erdrückens oder Erstickens für das Kind entsteht, so ist es rathsam, es nur von Zeit zu Zeit zu ihr zu legen, und ihm übrigens ein sicheres und warmes Lager in einem kleinen Bettchen zu bereiten, welches am Besten nach Art der Hangematten durch Riemen an der Decke des Zimmers befestigt, und in welchem die Wärme durch Wärmflaschen erhöhet wird. Das sogenannte Schutzbettchen, *Arcuccio* u. s. w. ist unbequem und die sogenannten Wiegen bei nicht vollkommener Einrichtung derselben schädlich. — Nie darf der Schlaf des Kindes unterbrochen werden.

§. 324.

Die Luft des Zimmers muss besonders rein und gleichmässig warm seyn, und die Erhellung desselben muss nur allmählig bis zu dem gewöhnlichen Tageslichte übergehen, weil sonst leicht Augenentzündung

eintritt. Wenn die Wäsche des Kindes gewechselt und dasselbe gebadet und gereinigt wird, so lässt man es sich einige Zeit lang frei bewegen, ehe man es wieder einwindelt, wobei es jedoch sorgfältig gegen Zugluft zu schützen ist. Der Nabelschnurrest wird täglich in ein reines Läppchen eingeschlagen, und alles Zerren an demselben vermieden: wenn er endlich abgefallen ist, so legt man noch einige Wochen hindurch eine kleine Compresse mit Rothwein befeuchtet auf, welche man mit der Nabelbinde befestigt.

§. 325.

Die beste Nahrung für das Kind ist die Milch der eigenen Mutter, welche individuell seiner Constitution in der Regel am Besten zusagt. Reicht diese nicht zu, so kann man wohl abwechselnd Kuhmilch mit gleichem Antheile von einem schwachen Chamillen - oder Fenchelaufguss mit etwas Zucker geben. — Kann die Mutter ihr Kind nicht selbst stillen, so ist eine gute Säugamme, wo möglich vom Lande, von ruhigem Temperamente und gesunden Körper zu wählen; eine Person, welche schon einmal geboren hat, ist im Allgemeinen besser dazu, als eine Erstgebärende. — In Ermangelung einer guten Säugamme muss das Kind mit Sorgfalt aufgefüttert werden, wozu am Besten Kuhmilch, mit schwachem Fenchelaufguss verdünnt und mit Zucker versetzt, aus einem reinlichen Sauggläschen zu trinken gereicht, und später erst Zwiebackbrei abwechselnd gegeben wird. Mehlbrei, Zulp oder Lutscher, oder das Anlegen an einer Ziege, ist dem Kinde stets nachtheilig.

§. 326.

Mit Sorgfalt ist darauf zu sehen, dass die Ausleerungen des Kindes regelmässig von statten gehen, und zu untersuchen, ob keine Atresie der Ausleerungsöffnungen vorhanden ist. Die Stuhlausleerung wird gewöhnlich durch den Genuss der ersten Muttermilch gefördert, und wo dieses nicht stattfindet, ist zunächst durch Klystiere, und nach den Umständen auch durch sanfte Abführungsmittel nachzuhelfen. Die allgemeine Regel aber, jedem neugebornen Kinde eine Abführung zu geben, ist sehr verwerflich. — Durch Beobachtung der grössten Reinlichkeit und öfteres Wechseln der Windeln, beugt man dem Wundwerden der Hautfalten des Kindes vor; ist dieses aber eingetreten, so ist es nützlich, nach sorgfältiger Reinigung der wunden Stellen mit kühlem Wasser, *Semen Lycopodii* einzustreuen, oder bei höherem Grade die wunden Stellen mit Mandelöl zu bestreichen.

Vergl. No. 54. — 253. — 995. — 1043. — 1878. — 1971.c. — 2340a. —

Dritte Abtheilung.

Pathologie und Therapeutik der Geburtskunde.

Von dem regelwidrigen Verlaufe der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, und dessen Behandlung.

§. 327.

Der Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes kann durch verschiedene krankhafte Zustände des mütterlichen Körpers und der Frucht regelwidrig werden. Diese krankhaften Zustände sind entweder Störungen der Kräfte, dynamische krankhafte Zustände, oder Störungen der Materie, Form und Lage, organische und mechanische krankhafte Zustände.

Erste Klasse.

Von den dynamischen krankhaften Zuständen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, und deren Behandlung.

§. 328.

Die dynamischen Störungen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes sind entweder in dem mütterlichen Körper im Allgemeinen, oder in der Sphäre der Geschlechtsorgane desselben, oder in der Frucht und ihrer Umgebung begründet.

Erster Abschnitt.

Von den dynamischen krankhaften Zuständen des mütterlichen Körpers im Allgemeinen.

Erstes Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen in den Bewegungsorganen.

1. Uebermässige Kraft des weiblichen Körpers.

§. 329.

Die übermässige Kraft des weiblichen Körpers im Allgemeinen (*Hyperdynamia*), findet man vorzüglich

bei dem wohlgebauten gesunden Weibe zwischen dem zwanzigsten und dreissigsten Lebensjahre. Während der Schwangerschaft spricht sich der Einfluss derselben vorzüglich in erhöheter Reproduction und daher entstehender Plethora mit ihren Folgen (§. 400—404.) aus. Während der Geburt wird dadurch leicht übermässiges Verarbeiten der Wehen in den früheren Geburtsperioden, und bei gleichzeitiger Ueberstärke des Uterus, übereilte Geburt veranlasst (§. 415.) Bei übermässiger Anstrengung der Hülfskräfte kann dadurch Zerbrechen des Brustbeins, Zerreissen der Lungen oder einzelner Muskeln u. s. w. erfolgen. Die übermässige Körperkraft, welche zuweilen bei männlichem Habitus des Weibes vorhanden ist, äussert ihren Einfluss auf eigenthümliche Weise (§. 564.)

Vergl. No. 541. pag. 238. — 1099. 1811. — 1757a. Nov. 1827. — 2040. B. VIII. St. 2. S. 866.

§. 330.

Die Behandlung der übermässigen Stärke während der Schwangerschaft besteht in einiger Einschränkung der Diät, mit strengem Vermeiden geistiger oder reizender Speisen und Getränke, Förderung der natürlichen Ausleerungen und angemessener körperlicher Bewegung: bedeutendes Blutübergewicht und Congestionen zeigen eine Blutentziehung an. — Während der Geburt hat man vorzüglich von Anfang an das Verarbeiten der Wehen zu verbieten, und in den spätern Geburtsperioden nur mit Mässigkeit zu gestatten. Die heftige Bewegung, das unruhige Umherwerfen und die Ungeduld solcher Kreissenden wird durch tröstenden Zuspruch gemässigt. Besonders ist bei dem Austritte des Kindes darauf zu sehen, dass sie keine störende

Bewegung vornehme. Zuweilen wird während der Geburt ein Aderlass nothwendig. — Während des Wochenbettes hat man zu verhüten, dass die horizontale Lage zu früh verlassen und dadurch Störung veranlasst wird.

2. Allgemeine Schwäche des Körpers.

§. 331.

Die allgemeine Schwäche des Körpers kann auf zweifache Weise vorhanden seyn, entweder schon vor der Geburt vorhanden, oder durch lange Dauer und Schwierigkeit des Geburtsverlaufes erworben. *a)* Die wahre Schwäche, gesunkene Energie und Empfindlichkeit, mit gleichzeitig herabgestimmter reproductiver Thätigkeit, kann durch torpide Constitution, als Folge bedeutender Krankheiten, welche vorhanden waren, oder es noch sind, durch niederschlagende Leidenschaften, Mangel an Nahrung, übermässigen Blutverlust u. s. w. entstehen, wobei die Energie des Uterus bald gleichmässig geschwächt, bald auch ungestört ist. Die Folgen derselben sind: Neigung zu Abortus während der Schwangerschaft, langsamer Verlauf der Geburt, oder, wenn die Wehenthätigkeit gut ist, Unfähigkeit des Körpers die Wehen zu ertragen, Ohnmachten u. s. w.; in der fünften Geburtsperiode passive Blutflüsse, und nach der Geburt zuweilen überraschend schnell eintretender Tod, wenn die Dauer der Geburt die Kräfte zu sehr erschöpft hatte. — In manchen seltenen Fällen findet man bei diesem Zustande, und selbst bei Phthisis, ungewöhnlich grosse Kinder.

§. 332.

Die Behandlung muss schon während der Schwangerschaft auf Verbesserung der Constitution und Erhebung der Kräfte gerichtet seyn. Man ordnet eine leicht verdauliche, gut nährende Diät an, lässt täglich etwas guten Wein trinken, verbessert die Zimmerluft und lässt täglich eine mässige Bewegung in freier Luft vornehmen. Bei höherem Grade kann der Gebrauch der China, der Eisenmittel und leichter aromatischer Mittel nothwendig werden. Während der Geburt lässt man von Anfang an die Kreissende eine ruhige und bequeme Lage in horizontaler Richtung annehmen, das Verarbeiten der Wehen vermeiden, und reicht öfters etwas Fleischbrühe, Wasser mit Wein, und nach den Umständen auch Arzneimittel, welche die Kräfte erheben: gelinde tonische und aromatische Mittel mit einem geistigen Zusatze wirken hier am besten. Wenn in der dritten oder vierten Geburtsperiode der Körper durch die Anstrengung zu sehr ergriffen wird, so dass man übele Folgen fürchtet, so beendigt man die Geburt durch die Kunst, wo die Zange die allgemeinste Anwendung findet. — Eine besondere Aufmerksamkeit fordert aber die allgemeine Schwäche in den nächsten Stunden nach der Geburt, indem alsdann nicht selten ein sehr plötzliches Sinken der Kräfte, welches in den Tod übergehen kann, eintritt: es ist daher rathsam, schon gleich nach der Geburt angemessene, die Kräfte erhebende Mittel in Gebrauch zu ziehen, und die Entbundene eine Zeit lang sorgfältig zu beobachten.

§. 333.

b) Die Erschöpfung der Kräfte durch Ueberarbeiten der Wehen oder durch lange Dauer der Geburt muss sorgfältig von der scheinbaren Schwäche, welche in der vierten Geburtszeit gemeiniglich eintritt, unterschieden werden. Man findet entweder ein allgemeines Sinken der Kräfte, welche durch die lange Dauer der Geburt erschöpft sind, wobei die Wiederkehr der Wehen nur schwer ertragen wird, und dann wirkt besonders wohlthätig das Opium in kleinen, öfters wiederholten Gaben: auch hat sich das *Chinin-sulphur.* hier sehr wirksam gezeigt: bei längerer Dauer der Geburt, ist es nöthig, dieselbe durch die Kunst zu beendigen. — Oder es ist neben der Erschöpfung der Erregbarkeit ein Erethismus des Blutsystems mit entzündlicher Beschaffenheit des Uterus durch die übermässige Wirkung der Bauchpresse eingetreten; das Gesicht ist geröthet, der Puls klein, schnell und härtlich, und der Bauch schmerzt bei der Berührung. Wenn Ruhe mit Vermeiden des Verarbeitens der Wehen diesen Zustand nicht hebt, so ist ein kleiner Aderlass am Arme und wiederholte kleine Gaben von Opium von Nutzen. Bei längerer Dauer darf mit der Anwendung der Zange nicht gezögert werden.

3. Convulsionen.

§. 334.

Die Convulsionen *(Convulsiones s. eclampsia gravidarum et parturientium)*, von dem geringeren Grade ihrer Aeusserung, dem allgemeinen Zittern und Zucken einzelner Muskeln, bis zu dem höchsten Grade der heftigsten Erschütterungen, Zuckungen, Schlagen

und Werfen der Gliedmassen und des ganzen Körpers, mit Trismus, Tetanus oder Catalepsie, sind stets höchst beachtungswerthe Zufälle, bei welchen man zu unterscheiden hat, ob dieselben habituell geworden sind, oder wenigstens ausser der Schwangerschaft schon öfters eintraten, oder ob der gegenwärtige Anfall der erste ist. Die Convulsionen können während der Schwangerschaft, während der Geburt und während des Wochenbettes eintreten.

§. 335.

Die Convulsionen während der Schwangerschaft treten meistens bei sehr empfindlichen oder hysterischen Schwangern ein, wie auch bei solchen, welche schon öfter an Convulsionen gelitten haben, und entstehen entweder von einer Verstimmung des Nervensystems durch die Schwangerschaft, oder von Congestionen oder Ergiessungen in der Schädelhöhle: auch bei Brustwassersucht hat man dieselben beobachtet. Sie sind selbst bei grösserer Heftigkeit und öfterer Wiederkehr des Anfalles selten störend für den Verlauf der Schwangerschaft; in manchen Fällen scheint es jedoch, als ob der weibliche Körper die Schwangerschaft nicht ertragen könne, indem sie so lange fortdauern, bis die Frucht abstirbt und ausgestossen wird.

§. 336.

Die Convulsionen während der Geburt treten vorzüglich zu folgenden Zeiten derselben ein: 1) im Anfange der Geburt, kurz vor oder während den ersten Wehen; sie sind dann gemeiniglich sehr heftig und anhaltend; 2) am Ende der zweiten Geburts-

periode bei verzögertem Wassersprunge und sehr grosser Menge des Fruchtwassers, seltener Fall; 3) in der Mitte der dritten Geburtsperiode, wenn, besonders bei Erstgebärenden, der Kopf lange in der Krönung steht; 4) in der vierten Geburtsperiode, bei langer Dauer derselben und grosser vergeblicher Anstrengung der Kreissenden; 5) in der fünften Geburtsperiode, bei krampfhafter Zögerung des Nachgeburtsgeschäftes, Reizung des verletzten Muttermundes durch die Placenta, heftigem Eindrucke des Geburtsvorganges auf das Nervensystem, Zurücktritt des Blutes aus dem Uterus nach frühzeitiger Placentenlösung, und symptomatisch nach Blutflüssen in dieser Periode.

§. 337.

Die Convulsionen während des Wochenbettes treten entweder bald nach vollendeter Geburt unter den gleichen Verhältnissen, wie in der fünften Geburtsperiode, ein, oder wenn sie zwischen dem zweiten und zehnten Tage des Wochenbettes erfolgen, so sind sie gewöhnlich Vorläufer einer bedeutenden Krankheit, des Kindbettfiebers mit entzündlicher Affection des Gehirnes, des Frieselfiebers u. s. w.

§. 338.

Als Vorboten des Anfalles der Convulsionen beobachtet man Gemüthsverstimmungen, Gleichgültigkeit gegen die Umgebung, Schläfrigkeit, Tiefsinn, fixen Kopfschmerz, Schwindel, Ziehen den Rückgrad entlang, stieren Blick mit erweiterter Pupille, Schielen, Congestionen, Herzklopfen, Unregelmässigkeit des Pulses, welcher gemeiniglich auffallend langsam oder

intermittirend ist u. s. w.: doch tritt auch nicht selten der Anfall ohne alle Vorboten ein.

§. 339.

Die krampfhaften Bewegungen fangen im Gesichte an, welches aufgetrieben, bläulich und verzerrt wird, der Kopf beugt sich nach hinten und gemeiniglich nach links, die Zähne knirrschen, es tritt Schaum vor den Mund, die Zuckungen verbreiten sich über den ganzen Körper, mit heftigen Erschütterungen und Schlagen der Gliedmassen, wechselnd mit Opisthotonus oder Emprosthotonus; es bricht allgemeiner Schweiss aus, und bei hohem Grade erfolgt unwillkührlicher Abgang des Darmkothes und Urins. Das Bewusstseyn ist bald mehr bald minder verloren, in manchen Fällen wird es selbst während des Anfalles nicht ganz unterdrückt, obgleich die Aeusserung desselben fehlt: in anderen Fällen hingegen erlischt es bei dem ersten Eintritte des Anfalles so vollständig, dass die Kreissende selbst die vorgehende Entbindung nicht bemerkt und zuweilen erst mehrere Tage nach derselben wieder zu Besinnung kommt. — Die Geburtsthätigkeit erlischt während des Anfalles der Convulsionen bei der Geburt gemeiniglich ganz, fährt indessen in den Zwischenräumen, auch bei vollkommenem Mangel des Bewusstseyns, nicht selten fort, thätig zu werden, wobei die Kreissende öfters nach dem Bauche oder der Kreuzgegend mit der Hand greift.

§. 340.

Die Dauer des Anfalles ist verschieden, von wenigen Minuten bis zu einer halben Stunde und darüber,

worauf zuerst Aufhören der krampfhaften Bewegungen mit einem soporösen Schlummer von verschiedener Dauer folgt, und darauf allmählig das Bewusstseyn mit dem Gefühle von Zerschlagenheit der Glieder und grosser Abspannung, Wüstigkeit des Kopfes oder Kopfweh eintritt. Bei Schwangeren tritt in der Regel nur ein solcher Anfall ein, und sie erholen sich wieder, bis nach einem längeren oder kürzeren Zwischenraume, welcher von Tagen bis zu Monaten verschieden ist, ein neuer Anfall folgt. In anderen Fällen, und besonders bei Gebärenden, erfolgen gemeiniglich mehrere Anfälle kurz hintereinander, ehe das Bewusstseyn wiederkehrt. — In manchen schwierigen Fällen dieser Art, besonders in der fünften Geburtsperiode, oder gleich nach der Geburt, endigt schon der erste Anfall mit dem Tode.

§. 341.

Die Ursachen der Convulsionen der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen lassen sich hauptsächlich auf zwei Arten zurückführen, nämlich Verstimmung des Blutsystems mit Congestion nach dem Gehirne, wodurch Druck auf das letztere entsteht, und wozu nicht selten die in der Schwangerschaft verstärkte Blutbereitung die Veranlassung giebt; und Verstimmung der Nerventhätigkeit durch den Vorgang der Schwangerschaft oder Geburt, oder beide Zustände mit einander verbunden. In anderen Fällen tritt der Anfall der Convulsionen nur symptomatisch ein, z. B. nach sehr bedeutenden Blutflüssen, oder nach Ruptur der Tuba, des Uterus u. s. w. — Die erste Art ist durch die plethorische Constitution, den nicht selten männlichen Habitus und die offenbaren

Erscheinungen der Congestion leicht zu erkennen; die zweite Art von Verstimmung des Nervensystems tritt vorzüglich bei reizbaren Erstgeschwängerten und Hysterischen ein, und die Anlage lässt sich in der Constitution bei der vorwaltend gesteigerten Sensibilität nicht verkennen. Doch findet bei dieser zweiten Art auch nicht selten ein Zustand von Congestion nach dem Gehirne gleichzeitig statt. Anlage, ja selbst erbliche Anlage, ist in vielen Fällen unverkennbar. Hierher können auch organische Fehler in der Schädel-, Brust- und Bauchhöhle, Wasseransammlungen in denselben und Fehler der grossen Gefässstämme gerechnet werden.

§. 342.

Gelegenheitsursachen der Convulsionen während der Schwangerschaft sind: sehr grosse Ausdehnung der Gebärmutter, Gemüthsbewegungen, fehlerhafte Diät, reizende und erhitzende oder blähende Speisen und Getränke, sitzende Lebensart, heisse Temperatur der Luft oder zu warme Kleidung und Betten, Erkältung u. s. w. — Gelegenheitsursachen der Convulsionen während und nach der Geburt können ausser den angeführten folgende seyn: zu grosse Anstrengung und lange Dauer der Geburt, ein bedeutender Eindruck auf das Nervensystem durch den Eintritt der Geburt, grosse Heftigkeit und Schmerzhaftigkeit der Wehen bei empfindlichen Personen, Reizung des Muttermundes bei zu langdauernder Krönung des Kopfes, Druck auf die Sacralnerven, zu grosse Spannung der äusseren Geschlechtstheile bei zu langem Verweilen des Kopfes im Durchschneiden, Reizung des verletzten Muttermundes durch die Placenta, Einsperrung der

Placenta, zu schnelle Entleerung der Gebärmutter, zu geringer Blutverlust bei der Geburt durch zu kräftige Contractionen des Uterus bewirkt; eine Verpflanzung der Wehenthätigkeit auf das Gehirn scheint in manchen Fällen, wo bei plötzlichem Verschwinden der Wehen die Convulsionen eintreten, vorzukommen. In manchen Fällen tritt ein heftiger, zuweilen tödlicher Anfall der Convulsionen dem Anscheine nach ohne alle Anlage und bemerkbare Gelegenheitsursachen ein. — Epileptische, selbst solche, welche häufige Anfälle erleiden, bleiben gemeiniglich während der Geburt frei von dem Anfalle.

§. 343.

Die Prognose ist günstiger bei habituellen Convulsionen und bei Mehrgebärenden, als bei zum erstenmal eintretenden und Erstgebärenden; günstiger bei kürzerer Dauer, bei nicht stattfindender Wiederholung des Anfalles und bei dem Eintritte in der Schwangerschaft, in der zweiten, dritten und vierten Geburtsperiode; gefährlicher, ja selbst häufig tödtlich bei längerer Dauer und öfterer Wiederkehr des Anfalles, und bei dem Eintritte desselben während der ersten und fünften Geburtsperiode und gleich nach der Geburt. Günstiger ist die Prognose, wenn die Möglichkeit vorhanden ist, die Ursache bald zu entfernen, oder die Geburt zu beendigen, ungünstiger, wo dieses nicht stattfindet. Nicht die Heftigkeit des Anfalles bestimmt im Allgemeinen die Gefahr, sondern der Grad der Bewusstlosigkeit während des Anfalles und des soporösen Zustandes in den Intervallen; zuweilen sieht man in der fünften Geburtsperiode den Tod erfolgen, ohne dass mehr als einige leichte Zuckungen

um die Mundwinkel bemerkt werden. Die Convulsionen nach heftigen Blutflüssen sind gewöhnlich ein Symptom des eintretenden Todes in Folge der Depletion. — In Beziehung auf die Frucht haben die Convulsionen häufig den Tod derselben zur Folge, und für die Mutter bleibt als Nachkrankheit leicht Stumpfsinn, Melancholie oder Wahnsinn zurück.

§. 344.

Bei der Behandlung der Convulsionen während der Schwangerschaft sorgt man zuerst für ein angemessenes Lager, wodurch die Schwangere gegen Herabfallen oder Beschädigungen durch das Schlagen der Gliedmassen möglichst gesichert ist: gewaltsames Festhalten ist zu vermeiden. Um die Verletzung der Zunge durch Beissen zu verhüten, kann man ein passendes Stück Holz oder einen mit Leinen umwickelten Löffelstiel zwischen die Backenzähne stecken. Festanliegende Kleidungsstücke, Strumpfbänder u. s. w. müssen gelöst werden. Bei bedeutenden Congestionen nach dem Kopfe sind kalte Ueberschläge über denselben und Senfteige an die Waden anzuwenden, und wenn es ausgeführt werden kann, ein Aderlass vorzunehmen. Bei vorwaltend nervöser Anlage sind Klystiere von Asa foetida oder *Valeriana* zu empfehlen, und innerlich Castoreum, Moschus u. s. w. zu reichen: doch findet man es während des Anfalles gewöhnlich sehr schwer, die inneren Mittel anzuwenden.

§. 345.

Eine besondere Berücksichtigung verdient die Behandlung nach dem Anfalle, um die Schwangerschaft ungestört zu ihrem Ende zu führen. Bei vorwaltend

plethorischem Zustande ist eine eingeschränkte Diät mit Bewegung in freier Luft zu empfehlen, und nach den Umständen von Zeit zu Zeit eine hinreichende Blutentziehung vorzunehmen. Die Anhäufungen in dem Pfortadersystem sind durch Bittersalze oder nach den Umständen durch Calomel zu heben, und besonders die regelmässige Ausleerung des Darmkothes zu bewirken. Bleibt eine Verstimmung des Nervensystems zurück, so ist Valeriana, Castoreum, Liq. CC. succ. und ähnliche Mittel in Gebrauch zu ziehen. — Gemüthsbewegungen, Erhitzung des Körpers und beengende Kleidung sind streng zu vermeiden.

§. 346.

Wenn die Convulsionen hingegen bei einer vorwaltenden Empfindlichkeit des Nervensystems, bei sehr jugendlichen Schwangeren oder Hysterischen, eintreten, so ist die Diät nicht so sehr einzuschränken, und innerlich Valeriana, Castoreum, Tinct. Ambrae c. Mosch. u. s. w. in Verbindung mit aromatischen Kräuterbädern längere Zeit zu gebrauchen. Demungeachtet wird man auch hier die Blutentziehungen nicht ganz entbehren können, da sie bei drohendem Anfalle nicht selten das einzige Vorbauungsmittel sind: doch darf stets nur eine geringere Blutmenge entzogen werden. Wenn die Convulsionen während der Schwangerschaft in immer stärkeren und öfter wiederholten Anfällen eintreten, so dass das Leben der Schwangeren sehr gefährdet wird, und unterdessen die Schwangerschaft bis über die 28ste Woche vorgerückt ist, so ist die künstliche Frühgeburt zu bewirken. Die gewaltsame Entbindung ist aber hier stets zu meiden, wenn nicht die Geburt bereits ihren Anfang genommen hat.

§. 347.

Die Behandlung der Convulsionen während der Geburt zeigt die nämliche Rücksicht auf das Lager und die Sicherung gegen Beschädigung, wie bei dem Anfalle während der Schwangerschaft an; besonders muss man aber darauf bedacht seyn, die Anfälle zu beseitigen, um die Geburt ungestört zu Ende zu führen. Das allgemeinste Mittel, welches bei beiden Arten der Convulsionen anzuwenden ist, wenn nur keine directe Gegenanzeige besteht, ist das Aderlass, welches bei plethorischer Anlage und Congestionen nach dem Gehirne reichlich und wiederholt, am besten am Fusse, vorgenommen wird, aber auch bei nervöser Ursache, wenn die Convulsionen in der ersten, zweiten und dritten Geburtsperiode eintreten, in mässiger Anwendung zu empfehlen ist; nur bei den nervösen Convulsionen in der vierten und fünften Geburtsperiode ist es gemeiniglich zu widerrathen, ja nicht selten direct schädlich.

348.

Bei den Convulsionen mit plethorischer Anlage giebt man innerlich ausserdem Nitrum und andere die Gefässthätigkeit herabstimmende Mittel, ferner Ipecacuanha, Lactucarium, Extractum, Hyoscyami, Aqua Amygd. a. c. u. s. w., doch diese letztern Mittel wegen ihrer narcotischen Nebenwirkung mit Vorsicht: man wendet ferner kalte Ueberschläge über den Kopf, reizende Klystiere und Sinapismen an die Waden an. Nach gehobener Aufregung der Gefässthätigkeit wendet man dann, wenn die Convulsionen noch fortdauern, auch noch die gegen nervöse Convulsionen empfohlenen

inneren Mittel an; diese sind vorzüglich die Valeriana, Serpenteria, *Liq. CC. succ.*, die Naphthen, die ätherischen Oele, besonders das *Oleum animale aethereum*, Castoreum, Moschus, *Tinct. Ambr. c. Moscho*, das Opium, Dover's Pulver, Campher, ferner Klystiere mit Asa foetida, lauwarme aromatische und geistige Ueberschläge über den Kopf, krampfstillende Einreibungen, besonders in den Unterleib, und wo die Anwendung derselben möglich ist, lauwarme Bäder mit aromatischen Kräutern. In manchen verzweifelten Fällen dieser Art nützte das Auflegen junger Tauben, junger Hunde u. dgl. m. auf die Herzgrube. Die Stürz'sche Methode, so wie der innere Gebrauch des *Zincum oxydatum album* und *sulphuricum*, des *Cuprum sulphurico-ammoniatum* und des *Argentum nitricum fusum*, hat sich bei den Convulsionen während der Schwangerschaft und Geburt nicht so heilsam erwiesen, wie in anderen Fällen derselben.

§. 349.

Vorzüglich aber hat man darauf zu denken, die Geburt durch die Kunst zu beendigen, sobald es die Umstände erlauben, wodurch nicht allein das Leben des Kindes wahrscheinlich erhalten, sondern auch die Convulsionen beendigt werden. Wenn daher das Kind mit dem Kopfe vorliegt und der Muttermund gehörig eröffnet ist, so ist die Extraction mittelst der Zange angezeigt: schon die Anlegung des Instrumentes allein, der Metallreiz, reicht in vielen Fällen zu, den Anfall der Convulsionen zu beseitigen. Müsste die Entbindung durch die Wendung auf die Füsse bewerkstelligt werden, so ist die vollkommene Eröffnung des Muttermundes vorauszusetzen, und nur wenn der Anfall

höchst gefahrdrohend ist, darf man den mässig erweiterten Muttermund durch die Kunst vollends erweitern und das *Accouchement forcé* vornehmen: diese Operation aber bei Convulsionen in der ersten Geburtsperiode anzuwenden, ist wegen des dadurch veranlassten höchst bedeutenden Eindruckes auf das Nervensystem im Allgemeinen zu widerrathen.

§. 350.

Die Convulsionen in der fünften Geburtsperiode erfordern gemeiniglich die Anwendung der Mittel gegen nervöse Convulsionen (§. 348.); nur wenn zu wenig Blut verloren gegangen ist, und bei einer plethorischen Anlage Congestionen nach dem Kopfe bestimmt sich anzeigen, ist ein Aderlass vorzunehmen. Die Convulsionen gleich nach der Geburt zeigen dieselbe Behandlung an, und die Convulsionen während des Wochenbettes können als Symptome einer allgemeinen Wochenkrankheit nur eine symptomatische Behandlung erhalten.

Vergl. No. 59. Jahrg. III. H. 2. S. 157. — 236. B. III. S. 192. — 374. — 584. — 684. — 718. — 731. B. I. S. 195. u. 432. — 737. — 1015. B. I. H. 2. S. 199. — 1028. 1816. Dec. — 1207. 1262. — 1354. — 1385. — 1432. B. III. p. 51. — 1478. — 1652. — 1912. — 2333. — 2358. 2465. — B. II. H. 3. S. 558. —

Zweites Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen der Empfindungsorgane.

1. Allgemeine krankhafte Empfindlichkeit des Körpers.

§. 351.

Die allgemeine krankhafte Empfindlichkeit des Körpers, gesteigerte Sensibilität, ist gemeiniglich mit verminderter Energie desselben, und in manchen Fällen auch mit verminderter Reproductionsthätigkeit verbunden. Sie ist gemeiniglich in der Constitution des durch jugendliches Alter oder Störung in der Entwickelung unvollkommen entwickelten weiblichen Körpers begründet, oder beruht auf hysterischem Leiden, oder ist durch Krankheiten, besonders schmerzhafte, oder durch weichliche Lebensart erworben. Erbliche Anlage findet nicht selten statt.

§. 352.

Der Einfluss der allgemeinen krankhaften Empfindlichkeit auf die Schwangerschaft besteht zunächst darin, dass die gewöhnlichen Erscheinungen derselben, Ekel, Erbrechen, Gelüsten, Zahnweh u. s. w. weit stärker hervortreten, und zuweilen bis zu einem ungemeinen Grade gesteigert werden, so wie auch leicht noch andere nervöse Erscheinungen hinzutreten. Es ist grosse Geneigtheit zu Erethismus des Nerven- und Blutsystems vorhanden, und es tritt leicht Abor-

tus ein. Auch ist die Anlage zu Convulsionen in diesem Zustande begründet.

§. 353.

Der Einfluss auf die Geburt ist von grosser Bedeutung. Gleich von Anfang der Geburt wird die ganze Constitution mächtig ergriffen, und es ist grosse Unruhe, Ungeduld und Neigung, die Wehen schon frühe zu verarbeiten, vorhanden. Die Kreissende ermattet früh, und eine Reihe von krampfhaften Zuständen, Husten, Erbrechen, allgemeines Zittern und selbst Convulsionen, besonders aber krampfhafte Wehen stören den Verlauf der Geburt, und führen nicht selten Gefahr für die Mutter und das Kind herbei. In der vierten Geburtsperiode tritt grosser Mangel an Kräften ein, und die fünfte Geburtsperiode wird leicht durch krampfhafte Retention der Placenta und Blutflüsse gestört. Doch kommt es auch vor, dass nach diesen Zufällen in der ersten und zweiten Geburtsperiode, die dritte und vierte ganz regelmässig verlaufen. — Nach der Geburt treten sehr schmerzhafte und zuweilen langanhaltende Nachwehen ein, und während des Wochenbettes ist eine besondere Empfänglichkeit zu Störungen vorhanden, da jeder schädliche Einfluss leicht und bedeutend wirken kann.

§. 354.

Die Behandlung während der Schwangerschaft besteht zunächst in sorgfältiger Anordnung des diätetischen Verhaltens. Mässige Bewegung in freier Luft, besonders die passive, angemessene Ruhe des Körpers, sorgfältige Bekleidung mit Vermeidung alles Druckes, gemässigte Zimmerwärme, Vermeidung

aller erregenden oder blähenden Speisen und Getränke, Aufmerksamkeit auf die Regelmässigkeit der Excretionen, und bei stärker hervortretenden Zufällen der innere Gebrauch des Liq. CC. succ., des Castoreums u. s. w. sind hier zu empfehlen. In manchen Fällen ist ein lauwarmes Bad, besonders mit aromatischen Kräutern, von Zeit zu Zeit sehr nützlich; doch darf dasselbe nicht zu oft wiederholt werden, wenn man Abortus befürchtet. Bei grosser Neigung zu Congestionen kann sogar ein kleines Aderlass am Arme nothwendig werden.

§. 355.

Von dem Eintritte der Geburt an muss eine besondere Aufmerksamkeit auf das Verhalten der Kreissenden gerichtet werden. Bei gleichmässiger Temperatur des Zimmers ist gleich von Anfang an eine ruhige horizontale Lage und Entfernung aller lästigen oder drückenden Kleidungsstücke anzurathen: die Neigung, die Wehen früher zu verarbeiten, wird durch anleitenden Zuspruch gemässigt, lauwarmer Chamillenthee von Zeit zu Zeit gereicht, und zuweilen frühe schon ein lauwarmes Bad angeordnet. Alles, was erregend auf das Gemüth und das Nervensystem wirken könnte, wird vermieden, und nur solche Personen im Zimmer geduldet, welche der Kreissenden angenehm sind und durch ihren tröstenden, ermahnenden Zuspruch nützen können. Der Gebrauch besänftigender innerer Mittel, zuweilen des Opiums, häufiger des Hyoscyamus und Lactucariums, wird gemeiniglich schon frühe nöthig: den Liquor CC. succ. und das Castoreum spart man wo möglich für die dritte und vierte Geburtsperiode auf. Wenn man eine Anzeige zu künstlicher Hülfe findet, so hüte

man sich zwar dieselbe zu früh anzuwenden, zögere aber auch nicht zu lange damit, bis bedenkliche Erscheinungen sich zeigen. Bei dem Nachgeburtsgeschäft sey man besonders aufmerksam, und vermeide jede Uebereilung desselben. Besondere Zufälle werden nach der Eigenthümlichkeit ihrer Beschaffenheit behandelt.

2. Oertliche Schmerzen.

§. 356.

Die örtlichen Schmerzen, welche Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen befallen, sind vorzüglich Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, Kreuz- und Schenkelschmerz. Ihre Bedeutung ist in den verschiedenen Perioden ihres Eintrittes verschieden.

§. 357.

a) Kopf- und Zahnschmerzen sind wäkrend der Schwangerschaft so gewöhnliche Zufälle, dass man sie in mässigem Grade zu den Erscheinungen der Schwangerschaft rechnen kann. In höherem Grade und bei längerer Dauer werden sie aber sehr lästig, obgleich sie gewöhnlich ohne Gefahr sind. Sie werden theils durch Congestionen, theils durch Umstimmung der Nerventhätigkeit bei grosser Reizbarkeit, theils durch schon vorhandene cariöse Zähne verursacht.

Vergl. No. 255. —

§. 358.

Kopfschmerzen während der Geburt sind hingegen eine sehr verdächtige Erscheinung, indem selbst bei bedeutendem Leiden während des Kreissens der Kopf stets frei bleiben muss. Sie sind entweder von

einer nervösen Verstimmung oder von Blutcongestionen nach dem Kopfe abhängig: in dem ersten Falle scheinen sie zuweilen Folge einer Verpflanzung der Geburtsthätigkeit nach dem Gehirne zu seyn, indem die Geburt auffallend langsam dabei verlauft, und gemeiniglich erst nach dem Nachlassen der Kopfschmerzen beendigt wird: immer aber sind sie als Vorboten der Convulsionen sehr zu fürchten, welche bald während, bald gleich nach der Geburt ausbrechen. — Kopfschmerzen während des Wochenbettes sind nur symptomatisch bei einem krankhaften Zustande des Wochenbettes vorhanden.

§. 359.

Die Behandlung der Kopf- und Zahnschmerzen während der Schwangerschaft beschränkt sich darauf, durch Anordnung der Diät und durch kühlende Salze den Congestionen zu begegnen; bei einem höheren Grade ist ein Aderlass angezeigt. Bei grosser Empfindlichkeit des Nervensystems werden beruhigende Mittel, und bei rheumatischer Complication diaphoretisches Verhalten angewendet. Zuweilen widersteht indessen das Uebel allen Mitteln und wird erst durch die Geburt gehoben.

§. 360.

Die Kopfschmerzen während der Geburt zeigen in allen Fällen das Aderlass an, in welchen keine besondere Gegenanzeige dasselbe verbietet: man fürchte nicht, einige Unzen Blut wegzulassen, wo man dadurch den lebensgefährlichen Convulsionen begegnen kann. Bei erhöheter Blutaction giebt man ausserdem kühlendes Getränk und wendet innerlich Nitrum an, wobei

kühle Fomentationen von Essig und Wasser auf den Kopf gemacht werden. Wenn die Kopfschmerzen rein nervöser Natur sind, mit Gleichgültigkeit gegen die Umgebung, bleichem eingefallenen Gesicht und kleinem, zusammengezogenem, langsamem, zuweilen auch intermittirendem Pulse, so ist ein allgemeines lauwarmes Bad mit aromatischen Kräutern zu empfehlen, und innerlich Liq. CC. succ., Valeriana, Castoreum und Moschus zu reichen, wobei lauwarme, geistige oder aromatische Fomentationen auf den Kopf mit Nutzen angewendet werden.

§. 361.

b) Kreuz- und Schenkelschmerzen sind während der Schwangerschaft zuweilen in den spätern Monaten vorhanden, und rühren von dem Drucke der schwangeren Gebärmutter her: sie sind zuweilen mit einer grossen Steifigkeit der Glieder verbunden und mehr beschwerlich als gefährlich. — Während der Geburt sind sie entweder eine Folge von dem Drucke des vorliegenden Kindestheils auf die Sacralnerven oder von hysterischer Constitution der Kreissenden. Ausser dem sehr bedeutenden Schmerzgefühle haben sie die Folge, dass die Wehenthätigkeit bald regelwidrig wird, und durch entstehenden Krampf des Uterus Geburtszögerung erfolgt. — Die Kreuz- und Schenkelschmerzen während des Wochenbettes gehören eigenthümlichen krankhaften Zuständen an.

§. 362.

Die Behandlung während der Schwangerschaft besteht in Anordnung eines mässig warmen Verhaltens, mässiger Bewegung und Sorge für die

Darmausleerungen. Bei höherem Grade ist ein Aderlass und der Gebrauch eines Bitterwassers von Nutzen. Während der Geburt lässt man die Wehen nicht verarbeiten, reibt den leidenden Theil mit der Hand oder Flanell, macht Einreibungen von Oleum Hyoroyami oder Linimentum ammoniatum, und legt erwärmte Kräuterkissen auf: bei grosser Heftigkeit ist ein lauwarmes Kräuterbad von Nutzen, und innerlich Liquor CC. mit Opiumtinktur, Valeriana, Castoreum, Hyoscyamus - oder Belladonnaextract, Lactucarium u. s. w., Klystiere mit besänftigendem Zusatze. Zuweilen muss diesen Mitteln bei erhöheter Blutaction ein Aderlass vorausgehen. Wenn indessen die Geburt zu lange dauert, oder durch die Heftigkeit der Zufälle Gefahr für die Mutter oder das Kind zu entstehen drohet, so muss darauf Bedacht genommen werden, die Geburt durch die Zange zu beendigen. Da indessen die Operation unter diesen Umständen gemeiniglich schwierig ist, so ist es rathsam, erst nach gehörigem Gebrauche der krampfwidrigen Mittel zu derselben zu schreiten und auch nach den Umständen ein Aderlass vorauszuschicken.

Vergl. No. 1937. — 2308. —

3. Ohnmächten.

§. 363.

Die Ohnmachten sind nicht selten vorkommende Zufälle während der Schwangerschaft, seltener während der ersten vier Geburtsperioden, während sie in der fünften Periode und gleich nach der Geburt wieder häufiger vorkommen. Sie sind dem Grade nach sehr verschieden, von einem grösseren Schwächegefühl

an, verbunden mit vorübergehendem Verluste des Bewusstseyns nach vorhergegangenem Ohrenklingen, Dunkelheit vor den Augen und Gähnen, bis zu dem höchsten Grade der dauernden Bewusstlosigkeit, mit Erlöschen der übrigen Lebenserscheinungen und endlich bis zu dem Scheintode.

§. 364.

Als Ursachen der Ohnmachten während der Schwangerschaft findet man die durch den Eintritt der Schwangerschaft vorgehende Umstimmung des Nervensystems, Congestionen und Stockungen des Blutes in den Lungen und der Schädelhöhle, Stuhlverhaltung u. s. w.; während und nach der Geburt, ausser der primären nervösen Verstimmung und den Congestionen, bedeutenden Blutverlust, traumatische Einwirkungen und Erschöpfung der Erregbarkeit. — Der Einfluss derselben ist während der Schwangerschaft gewöhnlich leicht vorübergehend, doch können sie auch bei höherem Grade und öfterer Widerkehr Abortus, Scheintod und wirklichen Tod zur Folge haben, besonders wenn eine starke Ueberfüllung der Hirngefässe nicht bald gehoben wird: während der Geburt wirken sie störend auf den Geburtsverlauf, welcher gewöhnlich sehr langsam wird, und sind zuweilen Vorboten der Convulsionen.

§. 365.

Die Behandlung der Ohnmachten ist verschieden nach der Beschaffenheit ihres ursachlichen Verhältnisses. — *a)* Die Ohnmachten von Congestionen und Stockungen des Blutes werden durch die plethorische Constitution, den vollen, harten oder unterdrück-

ten Puls, und das gemeiniglich geröthete Gesicht vor ihrem Eintritte erkannt; sie fordern ein schleuniges Aderlass am Arme, dessen Stärke durch den Puls bestimmt wird, kühles Verhalten, sowohl rücksichtlich des Zimmers, als des Lagers, Lösung aller fest anliegenden Kleidungsstücke, kühle Umschläge über den Kopf, und bei höherem Grade geistige Riechmittel, Einreibungen von Salmiakgeist, köllnischem Wasser oder Naphthe, und selbst vorsichtige Gaben von Naphthe innerlich, wenn die Ohnmacht längere Zeit andauert.

§. 366.

b) Nervöse Ohnmachten kommen vorzüglich bei hysterischen oder doch sehr reizbaren Schwangeren und Kreissenden vor, und sind gemeiniglich eine Folge des Eindruckes der Schwangerschaft oder des Geburtsvorganges auf das Nervensystem. Das Gesicht ist dabei bleich, das Bewusstseyn mehr oder minder unterdrückt, der Puls klein und unordentlich, zuweilen sehr langsam und auch wohl gar nicht zu fühlen. Je mehr sie gewohnte Zufälle der Schwangeren sind, desto weniger sind sie zu fürchten. Während der Schwangerschaft ist ruhige, horizontale Lage, mässige Zimmerwärme, Riechmittel, und innerlich kleine Gaben des Liq. CC. succ.; des Castoreums und der Tinct. Ambrae c. Moscho zu empfehlen: während der Geburt ist dasselbe Verfahren, und bei gleichzeitiger Congestion selbst ein kleines Aderlass anzuwenden. — Die tiefen Ohnmachten nach bedeutenden Blutflüssen werden nach den bei diesen angegebenen Regeln (§. 509.) behandelt.

§. 367.

c) Wenn Ohnmachten von traumatischer Einwirkung entstehen, so findet dieses besonders während und nach schweren Zangenoperationen, Wendungen u. s. w. statt. Zwar wird die Ohnmacht durch jede Fortsetzung der angefangenen Operation schnell gehoben, kehrt jedoch bald wieder, und nach Beendigung der Operation erfolgt dann leicht ein so schnelles Sinken der Kräfte, dass der Eintritt des Todes zuweilen nur schwer oder auch gar nicht zu verhüten ist. Es ist hieraus die Regel zu entnehmen, bei diesen während eines operativen Verfahrens eintretenden Ohnmachten, wenn es die Eigenthümlichkeit des Falles erlaubt, grosse Pausen zu machen, und während derselben die Mittel anzuwenden, welche gegen nervöse Ohnmachten empfohlen sind; ausserdem passt hier das Opium besonders gut. — Die traumatischen Ohnmachten von Zerreissung des Uterus oder der Mutterscheide fordern das bei diesen angezeigte Verfahren (§. 646. u. 668.) Wenn die Ohnmachten während der Geburt den angewendeten Mitteln nicht weichen, und der Muttermund vollkommen geöffnet ist, so ist die Beschleunigung der Geburt durch die Operation angezeigt, wobei man vorzüglich gleich nach der Geburt kräftige innere und äussere Nervenmittel zu Hülfe nehmen muss, da alsdann leicht tiefe Ohnmachten und selbst der Tod, eintreten. Die Ohnmachten nach der Geburt, besonders wenn sie von bedeutendem Blutverluste herrühren, fordern die aufmerksamste Behandlung nach den Regeln (§. 509.), wobei vorzüglich auch die Transfusion des Blutes zu berücksichtigen ist.

§. 368.

Wenn die Ohnmachten während der Schwangerschaft und der Geburt oder nach derselben bis zu dem Grade des Scheintodes gestiegen sind, welcher zuweilen bis zu fünf Tagen anhält, so sind die Belebungsmittel längere Zeit fortzusetzen, insbesondere aber vor dem Eintritte der Fäulniss die Beerdigung nicht vorzunehmen. Unter den äusseren Reizen verdient besonders der Galvanismus angewendet zu werden. — Sobald man von dem wirklichen Tode überzeugt seyn kann und die Schwangerschaft bis zum siebenten Monate gedauert hatte, so nimmt man, um wo möglich die Frucht zu retten, die künstliche Entbindung durch den Kaiserschnitt vor, jedoch mit grosser Vorsicht, dass man nicht etwa während einer Ohnmacht und vor dem wirklichen Tode zur Operation schreitet. Erfolgt der Tod während der Geburt, und der Muttermund ist vollkommen geöffnet, so ist die Entbindung mittelst der Zange oder der Wendung vorzuziehen.

Drittes Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen der Verdauungsorgane.

1. Erbrechen.

§. 369.

Wenn während der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbettes Erbrechen und Schluchzen ein-

tritt, so ist die Bedeutung dieser Erscheinung sehr verschieden, da sowohl während der Schwangerschaft als auch in der dritten und vierten Geburtsperiode das Erbrechen zu den ganz bedeutungslosen Erscheinungen gehört, hingegen in anderen Fällen bei grosser Heftigkeit als ein sehr bedenklicher Zufall und Begleiter eines bedeutenden Krampfzustandes anzusehen ist. Es ist verschieden in den verschiedenen Zuständen seines Eintrittes.

§. 370.

A. Das Erbrechen während der Schwangerschaft erreicht zuweilen einen so hohen Grad und ist so dauernd, dass es höchst lästig und selbst gefährlich ist; alle Speisen, welche genossen werden, werden sofort ausgeleert, und in manchen Fällen dauert das heftigste Würgen längere Zeit fort, selbst wenn keine Speisen in dem Magen enthalten sind, wobei nicht selten eine bedeutende Säureerzeugung im Magen stattfindet: die Stuhlausleerung ist gemeiniglich träge. Die Ernährung des Körpers leidet bei längerer Dauer, doch wird es zuweilen sehr lange ohne Nachtheil ertragen, da die Schwangere in dem Anfange der Schwangerschaft mit sehr wenig Nahrung bestehen kann. Durch die Erschütterung wird der Körper sehr ermattet, während eine grosse Empfindlichkeit der Präcordien gegen äussere Berührung entsteht, so dass zuweilen nicht die gewöhnlichen Kleidungsstücke ertragen werden. Bei sehr grosser Heftigkeit und Dauer kann das Erbrechen Frühgeburt veranlassen. — Das Erbrechen der Schwangeren ist verschieden nach seinen ursächlichen Verhältnissen.

§. 371.

a) Das Erbrechen von gesteigerter Reizbarkeit des Magens und Darmkanals wird häufig beobachtet, und ist nichts anderes, als eine veränderte Stimmung der Nervengeflechte des Unterleibes durch den Eintritt der Schwangerschaft, indem es zuweilen schon bald nach der Befruchtung eintritt, in manchen Fällen aber auch mit ungemeiner Heftigkeit bis zum vierten oder fünften Monate anhält und allen Mitteln trotzt. Es befällt vorzüglich hysterische Schwangere oder Frauen von hoher Empfindlichkeit des Nervensystems. Zuweilen ist es mit grosser Stärke der Gelüsten (*Pica, Malacia*) verbunden.

§. 372.

Die Behandlung besteht zunächst in sorgfältiger Anordnung der Diät, mit Vermeidung aller fetten oder blähenden Speisen: doch muss man sich besonders nach der individuellen Erfahrung richten, da in manchen Fällen leichtverdauliche Speisen durchaus nicht ertragen werden, während schwere, besonders scharfe und saure Speisen gut bekommen. Nächsdem ist die Stuhlausleerung zu regeln, welche täglich erfolgen muss, und erweichende Klystiere bei dem Ausbleiben erfordert. Nur wenn diese fruchtlos bleiben, darf ein gelindes Abführmittel, etwa aus Tamarinden und einem Mittelsalze bestehend, angewendet werden. Alle drastischen Purganzen sind streng zu meiden, und die öligen Mittel vermehren gemeiniglich das Erbrechen. Vorwaltende Säureerzeugung fordert den Gebrauch der Magnesia.

§. 373.

Um die gesteigerte Sensibilität des Magens und Darmkanals herabzustimmen, giebt man innerlich Tinctura Castorei russ., Liq. CC. succ., Tinct. Valerianae u. s. w., nach den Umständen mit einem Zusatze von Opiumtinktur, in einem aromatischen Wasser oder in einem Althäadecocte: in anderen Fällen von besonders hoher Sensibilität wirkt das Extr. Hyoscyami oder die Aq. Amygd. a. c. besonders gut: vorzüglich hat sich aber neuerdings das Lactucarium, in einem aromatischen Wasser gelöst, heilsam bewiesen. Aeusserlich macht man Einreibungen von Hyoscyamusöl, Opiatsalbe, Fomentationen mit erwärmtem Weine auf die Herzgrube, und wendet selbst allgemeine warme Bäder an. Zum Getränk wird ein leichter Aufguss von Melissen, Pfeffermünze oder Zimmet am Besten ertragen.

§. 374.

b) Das Erbrechen von starker Abdominalplethora, wobei selbst ein entzündlicher Zustand vorkommen kann, ist seltener als die vorige Art, und wird durch die Constitution und die Zufälle leicht erkannt. Ein Aderlass von hinreichender Stärke und der Gebrauch eines Bitterwassers oder Bittersalzes hebt diesen Zustand gemeiniglich bald, obgleich er auch leicht nach einiger Zeit wiederholt eintritt.

§. 375.

c) Das Erbrechen von organischen oder mechanischen Zuständen veranlasst, gehört zu den seltensten Zufällen der Schwangerschaft. Veraltete Anhäufung von Darmkoth, Einklemmungen von

Eingeweiden, Druck durch innere Geschwülste, und Verwachsungen, besonders des Netzes oder eines Darmstückes mit dem Uterus, sind als Ursachen hierher zu rechnen. Diese Art des Erbrechens, wird nicht leicht früher erkannt, und endigt in den letztgenannten Fällen meistens mit dem Tode. Die Behandlung kann nur symptomatisch seyn.

§. 376.

B. Das Erbrechen während der Geburt, und in seltenen Fällen das Schluchzen, beruht auf einem Krampfzustande des Magens und des Schlundes und wird zuweilen so quälend, dass es den Geburtsverlauf nicht ertragen lässt, und auf denselben störend einwirkt, indem der Krampf sich auch bald dem Uterus mittheilt. Sehr reizbare und besonders hysterische Frauen sind demselben vorzüglich unterworfen.

§. 377.

Bei der Behandlung ist zunächst zu berücksichtigen, ob allgemeine Vollblütigkeit und Neigung zu Congestionen gleichzeitig vorhanden sind, und in diesem Falle ist eine allgemeine Blutentziehung anzuordnen. Innerlich sind die krampfstillenden Mittel, besonders das Extr. Hyoscyami, Aqua Amygd. a. c., und Opiumtinktur zu empfehlen, von welchem die letztere besonders heilsam und oft entscheidend wirkt. Wenn das Erbrechen in heftiges Würgen übergangen ist, giebt man Rivers Trank, sowohl als Brausetrank, wie als Mixtur, in dem lezteren Falle mit Opiumtinktur verbunden. Zugleich macht man beruhigende Einreibungen von Ol. Hyoscyami coct. u. dergl. m. in die Präcordien, legt mit diesem erwärmten Oele

getränkte Flanelltücher über, macht Ueberschläge von aromatischen Kräutern mit Wein und giebt Klystiere mit Opium. Auch allgemeine Bäder sind zu empfehlen. Wenn in den letzten Geburtsperioden die Zufälle noch sehr störend fortdauern: so findet die Anzeige statt, die Geburt durch die Kunst zu beendigen; doch muss man dieses nie unternehmen, ohne vorher die krampfwidrigen Mittel gehörig angewendet zu haben.

§. 378.

In der fünften Geburtsperiode kommt das Erbrechen als Symptom bei *Placenta incarcerata* vor, und spricht stets für die bedeutende Stärke des vorhandenen Krampfes. Wenn es irgend vermieden werden kann, unternehme man alsdann keinen operativen Eingriff zur künstlichen Entfernung der Placenta, bis erst durch angemessenen Gebrauch der krampfwidrigen Mittel dieser Zustand gemässigt ist. — Das Erbrechen während des Wochenbettes ist stets nur Symptom eines andern krankhaften Zustandes der Wöchnerin, einer Unterleibsentzündung, eines gastrischen Fiebers u. s. w.

Vergl. No. 338. — 958. — 1023. — 1194. — 2113. — 2196. —

2. Stuhlverhaltung.

§. 379.

Durch die verstärkte Assimilation während der Schwangerschaft und später durch den Druck des ausgedehnten Uterus, wird die Stuhlausleerung in der Regel träge und beschwerlich, zuweilen aber in einem solchen Grade, dass nur alle 8—10 Tage eine schmerz-

hafte und schwere Ausleerung von trockenem Kothe erfolgt. Es wird hierdurch während der Schwangerschaft örtlicher Druck, Congestionen des Blutes nach dem Kopfe und der Brust, Hämorrhoidalknoten, Kolik u. s. w. veranlasst. Eine geregelte Diät und hinreichende Bewegung durch Gehen reicht gemeiniglich allein schon zu, das Uebel zu heben: bei grösserer Hartnäckigkeit gebraucht man täglich etwas Bitterwasser oder Bittersalz.

§. 380.

Während der Geburt bringt bedeutende Kothanhäufung im Mastdarme sowohl örtliche als allgemeine Zufälle hervor: örtliche, indem durch die zu bedeutende Ausdehnung des Mastdarmes von hartem Darmkothe dem Vorrücken oder Umdrehen des Kopfes Hindernisse in den Weg gelegt und der Mastdarm selbst gequetscht wird; allgemeine, indem dadurch Anhäufung von Luft in den Gedärmen und Auftreibung derselben mit Erschwerung des Verarbeitens der Wehen und Congestionen nach dem Kopfe hervorgebracht wird. — Die Behandlung beschränkt sich auf erweichende ölige Klystiere, welche nach den Umständen auch wiederholt werden müssen, bis die nöthige Ausleerung erfolgt ist. Wenn die Stuhlverhaltung länger gedauert hat, und der Koth besonders trocken geworden ist, so kann man innerlich Oel, entweder allein oder in Emulsionen anwenden, z. B. das Ol. Ricini oder das Ol. Lini. — Die Stuhlverhaltung in den ersten Tagen des Wochenbettes ist regelmässig: dauert sie aber länger als drei Tage, so muss die Ausleerung durch Klystiere gefördert werden. Ab-

führmittel sind in der Regel zu vermeiden, wenn sie aber nöthig werden, so sind auch hier die genannten Oele anzuwenden.

3. Diarrhöen.

§. 381.

Heftige Diarrhöen kommen vorzüglich bei Schwangeren während der ersten Schwangerschaftsmonate, seltener später, oder während der Geburt und des Wochenbettes vor. Lymphatische Constitution, Erkältung und Diätfehler begünstigen ihren Eintritt; doch scheint auch bei manchen Frauen durch den Eintritt der Schwangerschaft die Stimmung des Darmkanals so umgeändert zu werden, dass zuweilen eine geraume Zeit anhaltende Durchfälle entstehen, welche mit ruhrartigen Schmerzen und zuweilen mit Blutabgang verbunden sind. Die Schwangere wird dadurch mehr oder minder afficirt und zuweilen Abortus veranlasst. — Diarrhöen während der Geburt oder des Wochenbettes sind selten und bei ihrem Vorkommen mehr störend als gefährlich.

§. 382.

Die Behandlung beschränkt sich in leichteren Fällen nur auf eine sorgfältige Anordnung der Diät, mit besonderer Berücksichtigung schleimiger Dinge, und auf warme Bekleidung. In Fällen von höherer Bedeutung ist es vorzüglich die Verbindung von Ipecacuanha und Opium, mit einem schleimigen Decocte, welche die besten Dienste leistet: bei hoher Sensibilität des Unterleibes wird das Opium in etwas stärkerer Gabe gereicht. Bei gastrischer Complication giebt

man ein leichtes Abführmittel, bei rheumatischer Complication den Liq. CC. succ. mit Opium, und bei atonischem Zustande der Baucheingeweide aromatische Mittel: die eigentlichen Tonica dürfen in diesem Falle nur mit der grössten Vorsicht angewendet werden. Bei höherem Grade sind schleimige Klystiere, Einreibungen des Unterleibes u. s. w. zu empfehlen.

4. Kolikschmerzen.

§. 383.

Die Kolikschmerzen der Schwangeren kommen entweder in Verbindung mit der Verstopfung oder Diarrhöe, oder für sich bestehend, durch die gesteigerte Sensibilität des Unterleibes, in Verbindung mit Flatulenz des Darmkanals, oder in Folge von bedeutender Plethora abdominalis, vor. Sie gehören vorzüglich der letzten Zeit der Schwangerschaft an, können alsdann mit Wehen verwechselt und die Schwangeren von unwissenden Hebammen zum Verarbeiten derselben angehalten werden: auch können sie bei bedeutender Stärke wirkliche Wehen und den Eintritt der Geburt vor dem rechten Zeitpunkte veranlassen.

§. 384.

Die Behandlung besteht zunächst in der Regulierung der Stuhlausleerung; ausserdem stimmt man durch Oelemulsion mit einem Zusatze von Extractum Hyoscyami oder Tinctura Opii die krankhafte Reizbarkeit des Darmkanals herab, wozu auch schleimig-ölige Klystiere mit Nutzen angewendet werden; zugleich fördert man durch ruhiges warmes Verhalten die Haut-

ausdünstung. Bei vorwaltender Abdominalplethora ist ein Aderlass zu empfehlen.

Viertes Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen in den Respirationsorganen.

1. Asthma.

§. 385.

Das Asthma ist vorzüglich während der Schwangerschaft und Geburt, selten im Wochenbette, ein störender krankhafter Zustand. In einem mässigen Grade kann es bei jeder gesunden Schwangeren bestehen, da durch die Schwangerschaft die Thätigkeit der Lungen herabgesetzt und ihre räumlichen Verhältnisse durch das erschwerte Abwärtssteigen des Zwerchfelles beschränkt sind. Bis zu einem hohen Grade kann dasselbe aber durch organische Fehler, Missbildung des Thorax, Verwachsungen und Tuberkeln der Lungen, Gefässerweiterungen, Fehler des Herzens, Brust- oder Herzbeutelwassersucht, Kropf, ferner durch krankhaft gesteigerte Empfindlichkeit der Lungen, Congestionen des Blutes zu dem Thorax, und durch ungemeine Ausdehnung des Bauches bei übermässiger Menge des Fruchtwassers veranlasst werden. Der Einfluss des Asthma's während der Schwangerschaft ist von grosser Bedeutung, und ausser vielen anderen Zufällen kann

dasselbe den Tod durch Stickfluss in den letzten Schwangerschaftsmonaten herbeiführen. — Während der Geburt macht die Engbrüstigkeit das Verarbeiten der Wehen schwer und zuweilen unmöglich, und ein flaches Geburtslager kann dabei nicht in Anwendung kommen: in höherem Grade können Erstickungszufälle und selbst der Tod erfolgen.

§. 386.

Die Behandlung des Asthma's während der Schwangerschaft hat zuerst für eine angemessene Diät und Verhalten zu sorgen, wobei leichte, keine Congestionen oder Aufblähung veranlassende Nahrungsmittel, mässige Bewegung, Athmen einer reinen, hinlänglich sauerstoffhaltigen Luft, und Beförderung der Hautthätigkeit, mit Vermeidung der Erkältung zu empfehlen sind. Bei Blutanhäufung nimmt man wiederholte kleine Aderlässe am Arme vor, sorgt für hinreichende Leibesöffnung und vermindert die krankhafte Reizbarkeit der Lungen durch beruhigende Mittel, unter welchen sich die Aqua Amygdal. a. c., besonders aber auch das Lactucarium sehr wirksam gezeigt hat. Während des Anfalles sind ausserdem ableitende Mittel, z. B. Senfteige an die Waden, und angemessene Einathmungen, z. B. des Rauches von Datura Stramonium oder Belladonna anzuwenden. — Wird die Gefahr des Stickflusses grösser, so veranlasst man nach der 28sten Schwangerschaftswoche die künstliche Frühgeburt durch den Eihautstich.

§. 387.

Die Behandlung des Asthma's während der Geburt zeigt bei Vollblütigkeit und Congestionen ein

hinlänglich starkes Aderlass am Arme, und bei mässiger Zimmerwärme ein antiphlogistisches Verfahren an; wenn gleichzeitig Lungenkrampf vorhanden ist, so ist die gegen denselben wirkende Behandlung einzuschlagen. — Die Engbrüstigkeit von Lungenkrampf weicht vorzüglich den milden, nicht erhitzenden krampfstillenden Mitteln, dem Extr. Hyoscyam., dem Lactucarium und der Aq. Amygd. a. c.: besonders ist das letzte Mittel in Verbindung mit dem Liq. CC. succ. sehr wirksam in diesem Falle. Nächstdem sind Einathmungen milder oder beruhigender Dämpfe, Einreibungen des Thorax mit erwärmten besänftigenden Oelen, Ol. Hyoscyam., Chamomillae u. s. w., warme Ueberschläge über die Brust und Ableitung durch reizende Umschläge um die Füsse zu empfehlen. — Wenn das Asthma von organischen Fehlern oder Krankheiten des Thorax entsteht, so kann durch innerliche Mittel wohl einige Linderung bewirkt werden, doch beschränkt man sich vorzüglich auf Lösung aller festen Kleidungsstücke, erhöhete beinahe sitzende Lage, und endlich Beendigung der Geburt durch die Kunst, wenn der Geburtsvorgang Gefahr drohend für die Kreissende würde. Dieser letztere Ausweg tritt auch zuletzt bei den beiden ersten Arten des Asthma ein, wenn die angewendeten Mittel nicht die erwartete Wirkung haben und gefährliche Zufälle einzutreten drohen.

2. Husten.

§. 388.

Es ist schon gewöhnlich mit dem Asthma ein mehr oder minder bedeutender Husten vorhanden, und wird

dann wie dieses behandelt; allein auch bei übrigens gesunden Schwangeren und Kreissenden wird zuweilen ein bedeutender Husten beobachtet, welcher bald von gesteigerter Empfindlichkeit der Lungen, bald von Blutanhäufung in denselben, zuweilen mit Blutauswurf verbunden, bald von diesen beiden Zuständen vereinigt, herrührt.

§. 389.

Zuweilen kommt der Husten schon im Anfange der Schwangerschaft durch Umstimmung der Nerventhätigkeit bei empfindlichen Personen, meistens aber erst in den letzten Monaten der Schwangerschaft vor. Er ist, besonders bei längerer Dauer und grosser Heftigkeit, durch die bedeutende Erschütterung gefährlich, welche einen früheren Eintritt der Geburt veranlassen kann. — Tritt während der Geburt ein heftiger Husten ein, so ist er sehr störend und selbst Gefahr bringend für den Geburtsverlauf, und lässt den letzteren zuweilen unerträglich werden: ausser der grossen Erschütterung des Unterleibes verursacht der Eintritt einer Wehe sehr bedeutende Beschwerden und selbst Erstickungszufälle. — Der Husten, welcher zuweilen gleich nach der Geburt eintritt, ist wegen der Erschütterung des sehr erschlafften Unterleibes nicht zu übersehen, und kann selbst Blutflüsse des Uterus, Dislocationen desselben u. s. w. verursachen.

§. 390.

Die Behandlung des Hustens während der Schwangerschaft und Geburt richtet sich nach der wesentlichen Beschaffenheit desselben. Bei dem Husten von gesteigerter Reizbarkeit der Respirationsorgane is es

angezeigt, dieselbe durch beruhigende Mittel herabzustimmen, welche nach den Umständen mit auflösenden Salzen in einem schleimigen Decocte vereinigt werden können; besonders heilsam wirkt eine mässige Gabe Salmiak in einem Althäadecocte, mit einer hinreichenden Menge Bittermandelwasser. Bei Blutanhäufung in den Lungen ist ein Aderlass am Arme angezeigt, und bei dem Husten gleich nach der Geburt ist es besonders nothwendig, den Bauch durch eine Binde zu stützen. — Wenn während der Geburt der Husten so bedeutend wird, dass Erstickungszufälle entstehen, so kann die Anzeige eintreten, die Geburt durch die Kunst zu beendigen.

Fünftes Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen in den Absonderungsorganen.

1. Störung der Harnentleerung.

§. 391.

Die Störung der Urinentleerung der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen besteht entweder in Harnstrenge, wobei der Urin mit Schmerzen und Schwierigkeit, und gemeiniglich mit öfterem Trieb dazu, ausgeleert wird, oder in Urinverhaltung, bei welcher die Ausleerung gänzlich unterbrochen ist, der Urin in der Blase zurückgehalten und die letztere mehr oder weniger ausgedehnt wird.

§. 392.

Die Harnstrenge und Urinverhaltung während der Schwangerschaft entsteht vorzüglich durch Krampf der Blase oder durch Druck des schwangeren Uterus, oder durch beide Ursachen zugleich. Bei längerer Dauer dieses Zustandes entsteht noch Entzündung der Blase oder Lähmung derselben, und wenn die letztere den Blasengrund betrifft, so wird auch nach gehobenem Hindernisse die Ausleerung unterbrochen, so wie, wenn dieselbe den Hals betrifft, Unvermögen den Urin zu halten entsteht. — Die Harnstrenge bald nach der Befruchtung ist gewöhnlich krampfhafter Natur und entsteht aus einer consensuellen Reizung der Blase durch den Eintritt der Schwangerschaft bei reizbaren oder hysterischen Schwangeren. Die Harnstrenge im zweiten oder dritten Monate der Schwangerschaft, welche leicht bis zu gänzlicher Urinverhaltung steigen kann, ist von gleicher Ursache in Verbindung mit dem Drucke des zu dieser Zeit tieferstehenden Uterus. Sie ist die gefährlichste, steigt in dieser Zeit leicht bis zu einer ungemeinen Ausdehnung der Blase durch die Anhäufung des Urins, bewirkt Rückwärtsbeugung des Uterus, und kann selbst Abortus, so wie in dem höchsten Grade, den Tod durch Entzündung und Brand der Blase veranlassen. — Die Harnstrenge am Ende der Schwangerschaft wird durch den Druck des tiefstehenden Kopfes der Frucht verursacht. Ausserdem können als Ursachen wirken, Reizbarkeit der Blase, Blasensteine, Schärfe des Urins, Erkältung, der Beischlaf, reizende und erhitzende Speisen und Getränke u. s. w.

§. 393.

Die Urinverhaltung während der Geburt entsteht durch Krampf des Blasenhalses oder durch den Druck des vorliegenden Kindestheiles, und wird von dem unbedeutenderen Grade mässiger Anhäufung des Urins, bis zu dem höheren Grade beobachtet, in welchem die Blase, durch eine grosse Menge Urin ausgedehnt, bis gegen den Nabel und höher steigt und als ein besonderer kugeliger Körper vor der Gebärmutter durch die Bauchwandung gefühlt wird: bei längerer Dauer entsteht dadurch die Gefahr der Entzündung, des Brandes oder der Zerreissung der Blase, und auch selbst im geringeren Grade wirkt sie störend auf den Geburtsverlauf durch Verstimmung der Geburtsthätigkeit.

§. 394.

Während des Wochenbettes tritt die Störung der Harnentleerung in den ersten Tagen am häufigsten auch als Urinverhaltung auf, welche meistens durch Quetschung und Entzündung des Blasenhalses, seltner durch Krampf bedingt wird. Ausser anderen bedeutenden Beschwerden veranlasst sie leicht Dislocation der Gebärmutter. In den späteren Tagen, und selbst bis über das Wochenbett hinaus, äussert sich die Störung der Harnentleerung häufiger als Incontinenz des Urins, veranlasst durch eine Lähmung oder erlittene Verletzung des Blasenhalses oder der Blase, und ist zwar nicht gefährlich, aber im hohen Grade beschwerlich.

§. 395.

Bei der Behandlung der Harnstrenge und Urinverhaltung während der Schwangerschaft hat

man zunächst die Diät so anzuordnen, dass nur milde und nicht reizende Speisen und Getränke genossen und Erkältung streng gemieden wird. Besonders hat die Schwangere sich vor längerem Anhalten und dadurch veranlasster grösserer Anhäufung des Urins zu hüten. Als Getränk dient lauwarmer Chamillenthee oder bei grosser Empfindlichkeit Mandelmilch. In höherem Grade giebt man innerlich eine Oelemulsion mit Extract. Hyoscyami oder einem ähnlichen beruhigenden Mittel, und bei überwiegender Blutaction nimmt man ein Aderlass vor. Ist wirkliche Urinverhaltung eingetreten, so muss der Katheter, am Besten hier ein biegsamer, eingelegt, und dieses nach den Umständen wiederholt werden, besonders wenn sie im zweiten oder dritten Monate der Schwangerschaft stattfindet. Bei der Harnstrenge am Ende der Schwangerschaft wird durch eine mehr horizontale Lage der Druck des Kopfes der Frucht in das Becken gemindert, und bei Harnverhaltung ein silberner Katheter gebraucht. Ist bereits Entzündung der Blase entstanden, so wird sie nach den Regeln behandelt und besonders Blutegel applicirt.

§. 396.

Bei der Harnstrenge und Urinverhaltung während der Geburt unterscheidet man, ob dieselbe durch Krampf oder mechanische Ursachen veranlasst wurde. Im ersten Falle wendet man innerlich die krampfstillenden Mittel, Hyoscyamus, Opium, Mandelwasser u. s. w., besonders in öligen Emulsionen an, und legt einen in lauwarmen Chamillenaufguss getauchten grossen Schwamm vor die Geburtstheile, macht warme beruhigende Einspritzungen in die Mutterscheide und

den Mastdarm und ölige beruhigende Einreibungen in die Blasengegend. Wenn diese Mittel nicht zureichen, so muss, wie auch bei der Urinverhaltung durch mechanische Ursachen, der Katheter in Anwendung gebracht werden, welches beinahe immer einige Schwierigkeiten findet, und bei tiefstehendem Kindeskopfe bei gleichzeitiger Erhebung dieses letzteren durch die Scheide bewerkstelligt wird. Sind die Schwierigkeiten der Einführung des Katheters sehr gross, und der Kopf des Kindes steht dem Beckenausgang nahe, so beendigt man die Geburt mittelst der Zange. In Fällen von der äussersten Ausdehnung der Blase, wo man bei der Anlegung der Zange Zerreissung der Blase fürchten muss, nimmt man die Punktion derselben durch die weisse Linie vor, und beendigt dann die Geburt durch die Zange.

§. 397.

Die Urinverhaltung in dem Wochenbette bald nach der Geburt rührt gewöhnlich von Quetschung und Entzündung des Blasenhalses her, und weicht nicht selten dem Vorlegen eines in aromatischen Kräuteraufguss getauchten Schwammes vor die Geschlechtstheile: bei höherem Grade wird der Katheter angewendet und Blutegel an die Blasengegend gesetzt. Bei Lähmung des Blasengrundes ist die wiederholte Application des Katheters nothwendig. — Wenn *Incontinentia urinae* durch Lähmung des Blasenhalses entstanden ist, so wird ein Schwamm in die Scheide gelegt oder ein angemessener Harnrecipient angewendet, das weitere innere und äussere Heilverfahren

gegen dieses Uebel aber bis zur Beendigung des Wochenbettes verschoben.

Vergl. No. 708. — 1775. — 2286. —

2. Oedematöse Anschwellungen.

§. 398.

In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft entstehen zuweilen durch Störung der Hautthätigkeit und den Druck des schwangeren Uterus wässerige Ergiessungen in das Zellgewebe unter der Haut, und bewirken eine ödematöse Anschwellung derselben. Im geringeren Grade nimmt die Geschwulst nur die Knöchel und Füsse ein, steigt aber zuweilen über die Unterschenkel zu den Oberschenkeln, Schamlippen und Gefäss herauf: zuweilen sind vorzüglich die Schamlippen angeschwollen und erreichen nicht selten einen ungemein grossen Umfang. Schwammiger phlegmatischer Körper giebt die Anlage dazu, und Druck des schwangeren Uterus, Schieflage desselben, Aufenthalt in feuchter, kalter Luft, schlechte Nahrungsmittel, niederschlagende Leidenschaften u. s. w. sind die Gelegenheitsursachen. Ausserdem findet man das Oedem auch bei Brustwassersucht, Gebärmutterwassersucht und grosser Ausdehnung des Uterus durch zu bedeutende Menge des Fruchtwassers oder durch Zwillinge.

§. 399.

Während der Schwangerschaft ist die ödematöse Anschwellung in geringerem Grade nur lästig; in höherem Grade verursacht sie aber grössere Beschwerden, indem sie Kälte der Füsse und erschwerte Bewegung veranlasst. Es lässt sich indessen vor der Geburt wenig gegen dieselbe ausrichten, und man beschränkt

sich desshalb auf gute Anordnung der Diät und des Verhaltens, horizontale Lage der Schenkel, so oft es angeht, Anwendung einer stützenden Bauchbinde bei Hängebauch, Einwickelung der Schenkel in Flanell, Reibungen derselben mit durchräucherten Tüchern und Vermeidung der Stuhlverhaltung. Diuretica sind nicht anzuwenden. Bei sehr hohem Grade und daher entstehender Beschwerde kann man die Geschwulst scarificiren und das Wasser ausfliessen lassen. Kommt rosenartige Entzündung der Geschwulst hinzu, so fordert dieselbe Auflegen trockner Kräuterkissen. — Während der Geburt erschwert das Oedem der Schamlippen, wenn es sehr bedeutend ist, die Untersuchung und zuweilen auch den Austritt der Frucht; auch sind die Wehen dabei leicht schwach und unwirksam. Nur in sehr dringenden Fällen scarificirt man die Schamlippen, um das Wasser ausfliessen zu lassen, besser ist es, die Geburt durch die Zange zu beendigen, wenn sie in der vierten Periode zögert. — Nach der Geburt verschwindet das Oedem bald durch die Wochensecretion.

Sechstes Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen in dem Gefässsysteme.

1. Allgemeine Vollblütigkeit und Congestionen.

§. 400.

Durch den Zustand der Schwangerschaft wird die Blutbereitung in dem weiblichen Körper im Allgemeinen verstärkt, so dass bei ausserdem wohlgenährten und vollblütigen Schwangeren ein entschiedenes Blutübergewicht entsteht, welches an sich schon, besonders aber bei gleichzeitig erhöheter Empfindlichkeit des Nervensystems, Neigung zu Congestionen und Blutflüssen bedingt. Die Ursachen sind plethorische Anlage, nährende und erhitzende Diät, warmes Verhalten, Druck des schwangeren Uterus auf die grossen Gefässstämme, Unterdrückung der Stuhlausleerung, heftige Leidenschaften u. s. w.

§. 401.

Der Einfluss der Vollblütigkeit und Congestionen während der Schwangerschaft äussert sich bald durch allgemein erhöhete Wärme und Röthe der Haut mit einiger Anschwellung und Spannung derselben, bald durch Schwindel, Ohnmachten, zuweilen selbst apoplectische Zufälle, Convulsionen, Neigung zu Blutflüssen, Abdominalplethora, wodurch die Frucht absterben, oder durch zu frühen Eintritt der Geburtsthätigkeit ausgestossen werden kann. Während der

Geburt werden die Wehen leicht zu schwach und unwirksam, wenn der von Blut überfüllte Uterus sich nicht gehörig zusammenziehen kann, oder durch den Blutreiz zu heftig, oder es entstehen bei jeder Wehe starke Congestionen nach dem Kopfe und der Brust und erregen übele Zufälle. — Die Diagnose ist leicht durch die Körperconstitution und die Beschaffenheit des Pulses, in Verbindung mit den Zufällen.

§. 402.

Die Behandlung während der Schwangerschaft besteht vorzüglich in eingeschränkter Diät mit Vermeidung aller stark nährenden oder erhitzenden Speisen und Getränke, Bewegung in freier Luft, Vermeidung der hohen Zimmer - und Bettwärme, so wie der Gemüthsbewegungen und Regulirung der Stuhlausleerung: in dieser letzten Rücksicht empfiehlt sich besonders der Gebrauch eines Bitterwassers oder Bittersalzes. Das Aderlass ist indessen das sicherste Mittel, welches bei stark plethorischem Zustande des Körpers eine hinreichend grosse Menge Blutes am Arme entziehen muss, und dann kaum einer Wiederholung bedarf; bei vorwaltender Reizbarkeit des Körpers ist es jedoch vorzuziehen, wiederholte kleine Aderlässe am Arme vorzunehmen.

§. 403.

Bei der Vollblütigkeit und den Congestionen während der Geburt sorgt man für mehr kühle Zimmertemperatur, lässt die Kreissende in den beiden ersten Geburtsperioden öfters umhergehen, nimmt ein Aderlass am Arme vor und reicht innerlich eine Nitrumsolution. In manchen Fällen muss das Aderlass wie-

derholt werden. Bei sehr gefahrdrohenden Zufällen in der dritten und vierten Geburtsperiode beendigt man die Geburt durch die Kunst.

§. 404.

Während des Wochenbettes veranlasst die allgemeine Vollblütigkeit leicht Fieber und Entzündungen: es ist daher rathsam, dabei im Anfange des Wochenbettes eine sehr magere Diät beobachten zu lassen, und mit Aufmerksamkeit auf die Regelmässigkeit der Wochensecretionen und der Stuhlausleerung zu sehen.

2. Blutflüsse.

§. 405.

Die Blutflüsse, welche während der Schwangerschaft und Geburt aus anderen Theilen des Körpers, als den Geschlechtstheilen erfolgen, sind das Nasenbluten, der Bluthusten, das Blutbrechen und der Hämorrhoidalblutfluss. Sie beruhen auf Vollblütigkeit und Congestionen, oder auf Erethismus des Blutsystems, oder auf organischen krankhaften Zuständen der betreffenden Theile.

§. 406.

a) Das Nasenbluten während der Schwangerschaft und Geburt ist zwar gewöhnlich nur eine kritische Ausleerung bei plethorischer Anlage, und hedarf daher nicht leicht ein anderes Verfahren, als kühles Verhalten und antiphlogistische Diät. Wenn dasselbe jedoch während der Schwangerschaft öfters in höherem Grade wiederkehrt, so dass es dieselbe zu stören droht, wendet man Mittelsalze und selbst ein ableitendes Ader-

lass an. Bei erethischem Zustande sind die Mineralsäuren mit Opium vorzuziehen. Während der Geburt ist das Nasenbluten in mässigem Grade auch eher nützlich, als schädlich, und fordert nur kühles Verhalten; wenn es aber in so hohem Grade vorhanden ist, dass es für die Geburt störend und selbst gefährlich wird, so macht man kalte Ueberschläge über den Kopf, ableitende Senfumschläge an die unteren Extremitäten, und wenn in der dritten oder vierten Geburtsperiode die Gefahr durch dasselbe bedeutend wäre, so beschleunigt man die Geburt durch die Kunst.

§. 407.

b) Der Bluthusten während der Schwangerschaft und Geburt kommt entweder bei Phthisischen oder bei vollblütigen Personen mit laxer, venöser Constitution vor, und ist bei ersteren gefährlich und bei den letzteren wenigstens sehr zu beachten. Als Gelegenheitsursachen wirken heisse Temperatur, besonders im Frühling und im Anfange des Sommers, bedeutende Zimmerwärme, übermässiges Verarbeiten der Wehen, schwere und langdauernde Geburt, erhitzende Getränke und Arzneimittel u. s. w. Bei *Placenta praevia* tritt ohne stattfindende Anlage nicht selten Bluthusten ein, wenn der Blutfluss aus der Gebärmutter einige Zeit gedauert hat. — Rücksichtlich der Behandlung während der Schwangerschaft und Geburt gilt das Nämliche, wie bei dem Nasenbluten, nur ist es rathsam, schon frühe innerlich Mineralsäuren mit Opiumtinctur anzuwenden.

§. 408.

c) Das Blutbrechen während der Schwangerschaft und Geburt, welches sehr selten vorkommt, hat dieselbe Bedeutung und Anzeige. — Hämorrhoidalblutflüsse während der Schwangerschaft und Geburt sind in geringerem Grade nur wohlthätig und erleichternd, und verlangen nur bei hohem Grade derselben ein ärztliches Verfahren.

Vergl. No. 1904. —

3. Entzündungen und Fieber.

§. 409.

Entzündungen, Fieber, Gicht u. s. w., welche Schwangere befallen, wirken leicht störend auf die Schwangerschaft und veranlassen zuweilen den früheren Eintritt der Geburt, welche jedoch seltener während des Verlaufes der Krankheit, sondern vielmehr in den meisten Fällen nach Beendigung derselben eintritt. Sie werden nach den allgemeinen Regeln mit besonderer Berücksichtigung der Schwangerschaft behandelt.

410.

Wenn während der Dauer einer solchen Krankheit die Geburt eintritt, so hat man die zweifache Rücksicht zu nehmen, dass der Geburtsverlauf mehr oder minder durch dieselbe gestört wird, und dass auf der anderen Seite durch den Geburtsvorgang die Krankheit verschlimmert wird. Nur als Ausnahme findet man, dass vorhandene Krankheiten dieser Art durch die Geburt gebessert wurden. — Eine bestimmte Behandlung lässt sich nicht angeben, doch gilt als all-

gemeine Regel möglichste Bequemlichkeit und Zweckmässigkeit des Geburtslagers, Verhütung der Erkältung und der zu starken Anstrengung bei der Geburt, Herabstimmung der etwa excedirenden Thätigkeit des Blut- und Nervensystems durch angemessene Mittel, und bei längerer Dauer der Geburt die Beendigung derselben durch eine möglichst schonende und mit Berücksichtigung des vorhandenen Krankheitszustandes angeordnete Kunsthülfe.

Zweiter Abschnitt.

Von den dynamischen krankhaften Zuständen der Geschlechtsorgane.

Erstes Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen der Bewegungsthätigkeit der Geschlechtsorgane.

§. 411.

Die krankhaften Zustände der Bewegungsthätigkeit der Geschlechtsorgane während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes bestehen in übermässiger Stärke derselben (*Hyperdynamia*), zu grosser Schwäche (*Adynamia, Atonia*) und Verstimmung derselben durch Krampf, Rheumatismus u. s. w. (*Dysdynamia*).

1. Uebermässige Stärke der Bewegungsfähigkeit des Uterus.

§. 412.

Die übermässige Stärke der Bewegungsthätigkeit des Uterus (*Hyperdynamia*) beruhet auf einer abnorm gesteigerten Energie dieses Organs und äussert sich weniger während der Schwangerschaft und des Wochenbettes, sondern vorzüglich während der Geburt.

Vergl. No. 2414. —

§. 413.

Die Aeusserung derselben während der Schwangerschaft beschränkt sich darauf, dass bei gleichzeitig erhöheter Empfindlichkeit des Uterus, durch äussere Einflüsse veranlasst, die Expulsionsthätigkeit dieses Organs vor der Zeit rege werden und Frühgeburt veranlassen kann. Die Behandlung dieses Falles besteht in Verminderung der gesteigerten Empfindlichkeit durch angemessene Mittel (§. 327. u. 464.) und Mässigung der Energie durch ein Aderlass.

§. 414.

Die krankhaft vermehrte Stärke der Bewegungsthätigkeit des Uterus zeigt sich während der Geburt als übermässige Stärke der Wehenthätigkeit, als starke, langdauernde und in kurzer Zeit wiederkehrende Zusammenziehungen der Gebärmutter, in übrigens ganz regelmässiger Richtung dieser Thätigkeit. Die Gebärmutter zieht sich dabei für die äusserlich untersuchende Hand fühlbar, übermässig stark zusammen, ist besonders hart anzufühlen, und behält diese Härte beinahe ohne Nachlass. Der Einfluss dieser abweichen-

den Thätigkeit ist verschieden nach dem mechanischen Verhältnisse zwischen dem Kopfe der Frucht und dem Becken, und nach dem gleichzeitig bestehenden Sensibilitätsverhältnisse der Mutter.

§. 415.

Wenn das Verhältniss zwischen der Frucht und dem Becken ungleich ist, so dass das Becken entweder absolut und allgemein zu weit, oder im Verhältniss zu der Grösse der Frucht zu weit ist, so erfolgt eine übereilte Geburt. Die Geburtsperioden gehen schnell eine in die andere über, die Frucht rückt schnell durch das Becken herab und wird eben so schnell ausgestossen, so dass sie nicht selten auf den Fussboden stürzt. Frühzeitige Lösung der Placenta, so wie Ausstossung des ganzen Eies, der Frucht in den unzerrissenen Eihäuten sammt der Placenta, kann dadurch erfolgen.

Vergl. No. 2465. B. III. H. 2. S. 348.

§. 416.

Die Folgen für die Mutter bestehen in Ohnmachten, als Folge der übermässigen Thätigkeit der Gebärmutter und der schnellen Entleerung derselben, Blutflüssen, Zerreissung des Dammes und Austritt des Kindes durch die hintere Wand der Scheide und den Mastdarm, Vorfall und Umstülpung der Gebärmutter, heftige Nachwehen u. s. w.: für das Kind in Lebensgefahr durch den dauernden Druck der Gebärmutter, Sturz desselben auf den Fussboden u. s. w.

Vergl. No. 1171. —

§. 417.

Wenn das Verhältniss zwischen dem Kopfe des Kindes und dem Becken regelmässig, oder gar das letztere etwas zu beschränkt ist, so werden die heftigen Wehen wegen ihrer längeren Dauer erschöpfend für die Mutter, es erfolgt frühzeitige Lösung der Placenta und Blutfluss vor der Ausschliessung der Frucht, die Gebärmutter und die Scheide sind in Gefahr zu zerreissen, der Kopf des Kindes kann bei dem Durchgange durch das Becken die nothwendige Drehung nicht vornehmen, wird eingekeilt, und selbst wenn die mächtig aufgeregte Expulsivkraft unter diesen Verhältnissen noch in kurzer Zeit die Frucht durch das Becken treibt, so hat die letztere doch häufig von dem stürmischen und andauernden Drucke ihr Leben verloren. In der Regel stirbt das Kind in diesem Falle, wenn der Kopf desselben länger als eine Stunde in dem Becken verweilt.

§. 418.

Das gleichzeitig bestehende Sensibilitätsverhältniss der Mutter macht den Einfluss dieses Vorganges auf die Mutter noch verschieden. Ist, wie man es zuweilen findet, die Sensibilität sehr herabgestimmt, so macht die gesteigerte Expulsivthätigkeit der Gebärmutter einen so geringen Eindruck auf die Kreissende, dass man den Zustand oft erst dann erkennt, wenn das übereilte Ausstossen der Frucht erfolgt ist, und nur die fortgesetzte äussere und innere Untersuchung lässt den Vorgang erkennen. Wenn aber die Sensibilität gleichzeitig sehr gesteigert ist, so bringen die heftigen und andauernden Contractionen der Gebär-

mutter einen sehr bedeutenden Eindruck auf das Nervensystem hervor, die Kreissende jammert und klagt sehr, sie ist athemlos und geräth beinahe in Verzweiflung, es treten Nervenzufälle, Ohnmachten und Zuckungen einzelner Glieder ein und allgemeine Convulsionen drohen auszubrechen.

§. 419.

Die Behandlung richtet sich theils gegen die übereilte Geburt, theils, wenn sie gleichzeitig vorhanden ist, gegen die krankhaft gesteigerte Sensibilität. Gegen die übereilte Geburt wird man nur selten zu wirken Gelegenheit haben, da man gemeiniglich erst hinzugerufen wird, wenn sie beendigt ist, und die Folgen derselben ärztliche Hülfe verlangen. Kommt man indessen zeitig genug hinzu, so hat man folgende Anzeigen: 1) die erhöhete Expulsivthätigkeit herabzustimmen; 2) das zu schnelle Vorrücken des Kopfes mechanisch zu erschweren und 3) den etwa dennoch erfolgenden zu schnellen Durchgang des Kopfes unschädlich zu machen. Wenn keine bestimmte Gegenanzeige vorhanden ist, so nimmt man sogleich eine Blutentziehung am Arme vor, welche gewöhnlich eine Umstimmung der Uterinthätigkeit bewirkt, lässt die Kreissende eine möglichst horizontale Lage, nach Einigen eine Seitenlage, einnehmen, und untersagt das Verarbeiten der Wehen. Man vermeidet den innern Gebrauch der Mittelsalze, welche reizend auf die Gebärmutter einwirken, und wendet sie nur dann an, wenn eine überwiegend gesteigerte Gefässthätigkeit sie fordert. Als das beste die Faser der Gebärmutter abspannende Mittel hat sich bis jetzt das Kirschlorbeer- und Bittermandelwasser gezeigt, welche man in gros-

sen Gaben, zu 30 bis 50 Tropfen halbstündlich anwendet, und hierdurch, gewöhnlich nach zwei Gaben, seinen Zweck erreicht. Man muss sich jedoch hüten, den Gebrauch dieses Mittels zu lange fortzusetzen, weil dadurch leicht grosse Erschlaffung der Gebärmutter in der fünften Geburtsperiode und Gebärmutterblutflüsse bewirkt werden könnten.

§. 420.

Um das schnelle Herabsteigen des Kopfes durch das Becken zu erschweren, hat man empfohlen, theils mit den Fingern, theils durch Einbringen eines Stückes Schwamm zwischen das Becken und den Kopf, den letzteren zurückzuhalten: allein dieses Verfahren ist theils unnütz, weil es durch den hervorgebrachten Reiz die Geburtsthätigkeit noch mehr steigert, theils bei stärkerer Anwendung schädlich, weil dadurch eine Ruptur des Uterus oder der Scheide veranlasst werden kann. Man beschränkt sich darauf, den Wassersprung schon im Anfange der zweiten Geburtsperiode zu bewirken, wodurch eine Umstimmung der Uterinthätigkeit und auch durch die unvollkommene Entwickelung des Muttermundes ein mässiger mechanischer Widerstand entsteht.

§. 421.

Um den Folgen des zu schnellen Durchganges des Kopfes vorzubeugen, unterstützt man besonders sorgfältig das Mittelfleisch, und wenn die vordere Lippe des Muttermundes mit dem Kopfe herabsteigt und äusserlich sichtbar wird, so hält man dieselbe mit zwei Fingern zurück. — Das Nachgeburtsgeschäft muss besonders vorsichtig behandelt und die Nach-

geburt, wenn es angeht, nicht gleich nach der Ausschliessung der Frucht weggenommen werden.

§. 422.

Wenn mit der gesteigerten Expulsivthätigkeit auch zugleich sehr hohe Sensibilität vorhanden ist, so reicht zuweilen das empfohlene Bittermandelwasser (§. 419.) zur Herabstimmung derselben nicht zu. Der innere und örtliche Gebrauch des Belladonnaextractes hat sich in diesem Falle sehr wirksam gezeigt, doch ist die Anwendung desselben nicht ohne Gefahr der Lähmung des Uterus, mit ihren Folgen. — Wenn durch längeres Verweilen des Kopfes in der Beckenhöhle Gefahr für das Kind entstehet (§. 417.), so muss die Geburt durch die Zange beendigt werden.

§. 423.

Die übermässige Stärke der Bewegungsthätigkeit des Uterus während des Wochenbettes äussert sich vorzüglich durch eine sehr starke und dauernde Zusammenziehung des Uterus gleich nach der Lösung der Placenta, so dass zu wenig Blut bei derselben verloren geht, und dasselbe mit Macht aus dem Uterus in den Kreislauf zurückgedrängt wird. Der Einfluss derselben zeigt sich durch mehr oder minder bedeutende Congestion nach dem Kopfe mit ihren Folgen, Ohnmachten, Convulsionen u. s. w., und die Behandlung richtet sich nach den bei diesen angegebenen Regeln (§. 400—404.)

2. Wehenschwäche der Muskelfaser der Gebärmutter.

§. 424.

a) Wahre Schwäche des Uterus (*Adynamia, Atonia uteri*, Asthenie der Wehenthätigkeit) besteht in primärem Mangel an Zusammenziehungskraft der Muskelfaser des Uterus, mit gleichzeitig herabgestimmter Reizfähigkeit dieses Organs, gesunkener Irritabilität und Sensibilität desselben, welche während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes ihren Einfluss ausübt.

§. 425.

Sie findet entweder in der allgemeinen Constitution, und zwar vorzüglich bei unweiblicher Bildung, bei torpider laxer Constitution oder in dem letzten Jahrzehend der Pubertät ihren Grund, oder beruhet auf einem primären Mangel der Erregbarkeit der Muskelfaser der Gebärmutter, welcher zuweilen erblich vorzukommen scheint, oder auf Entartung der Substanz dieses Organs, oder sie ist erworben durch Krankheiten der Gebärmutter und der Scheide, weissen Fluss, chronischen Gebärmutterblutfluss, zu oft wiederkehrende Schwangerschaften und Abortus, oder endlich sie wird verursacht durch ungemeine Ausdehnung des Uterus bei Zwillingsschwangerschaften und zu grosser Menge des Fruchtwassers.

§. 426.

Während der Schwangerschaft wird die wahre Schwäche des Uterus erkannt an der allgemeinen Constitution und der schlaffen und kühlen Beschaffen-

heit des Bauches. Ihr Einfluss zeigt sich durch grosse Neigung zu Abortus, durch Absterben der Frucht, und durch Dislocationen der Gebärmutter; in den früheren Monaten entsteht leicht Vorfall und in den späteren Monaten der Schwangerschaft Schieflage derselben nach vorn. — Bei der Behandlung hat man zunächst durch angemessene Diät und Bewegung in freier Luft die Constitution zu verbessern, wozu auch aromatische Kräuterbäder mit Nutzen angewendet werden, und mit Vermeidung aller körperlichen Anstrengung, welche Dislocationen der Gebärmutter veranlassen könnte, werden geistige Waschungen des Bauches mit Erfolg gebraucht.

§. 427.

Bei der Geburt ist die wahre Schwäche des Uterus nach dem Grade verschieden, je nachdem sich zwar Wehen einstellen, diese aber erst nach grossen Zwischenräumen wiederkehren und eine geringe Wirksamkeit haben, wodurch die Geburt endlich, jedoch nach einem längeren Zeitraume, ohne Nachtheil für die Mutter und das Kind erfolgt, indem in der dritten und vierten Periode die Wehen etwas lebhafter werden; — oder die Wehen bleiben durch alle Perioden träge, so dass die Geburt gar nicht, oder endlich nach dem Tode des Kindes erfolgt, und besonders in der fünften Geburtsperiode üble Folgen bei und nach der Ausscheidung der Nachgeburt, Blutflüsse, Vorfälle der Gebärmutter u. s. w. veranlasst.

Vergl. No. 192. — 646. — 1569. —

§. 428.

Die Diagnose beruht theils auf dem Mangel an Wehen selbst, indem die Kreissende keinen Schmerz klagt, keine oder nur geringe und kurzdauernde Wehen nach grossen Zwischenräumen zu empfinden angiebt, theils auf dem allgemeinen und örtlichen durch die Untersuchung gefundenen Zustande der Kreissenden. Das Gesicht ist nicht geröthet, das Auge matt oder gleichgültig, die Haut mässig warm, der Puls weich und langsam; der Uterus fühlt sich weich und schlaff an, fixirt sich nicht, und fällt, nach der Lage der Kreissenden, von einer Seite zur anderen; treten Wehen ein, so wird er sehr mässig und nur auf kurze Zeit etwas hart und dieses erfolgt nur nach grossen Zwischenräumen: bei der inneren Untersuchung findet man die Scheide schlaff, mehr oder minder schleimig, den Muttermund schlaff und gleichsam zusammengefallen, leicht durch den Finger zu erweitern und reizlos, den vorliegenden Kopf des Kindes beweglich, leicht mit dem Finger zu umgehen, keine Kopfgeschwulst oder dieselbe nur sehr langsam anwachsend, und in der fünften Geburtsperiode den Uterus weich, gross und schmerzlos bei äusserem Drucke.

§. 429.

Der Einfluss der wahren Wehenschwäche auf die Geburt ist immer sehr hoch anzuschlagen, weil er im günstigsten Falle leicht die gefährlichsten Zufälle in der fünften Geburtsperiode fürchten lässt. Ausserdem ist er verschieden nach dem Grade der Atonie und nach den Perioden der Geburt, in welchen er vorzüglich vorhanden ist.

§. 430.

In dem geringeren Grade der Wehenthätigkeit verlaufen die zwei ersten Geburtsperioden immer langsam, so dass sie zuweilen zwei bis drei Tage dauern. In der dritten und vierten Geburtsperiode werden dann die Wehen etwas lebhafter, und bei günstigen Beckenverhältnissen wird die Geburt noch durch die Kräfte der Natur beendigt, obgleich bei längerer Dauer der vierten Periode das Kind zuweilen sein Leben verliert. Die Gefahr für das Leben des Kindes ist hier indessen nicht so gross, wie Manche sie anschlagen, indem bei dem Mangel eines bedeutenden Druckes von Seiten der Gebärmutter der Kopf des Kindes in dem Becken acht bis zwölf Stunden ohne Lebensgefahr verweilen kann, in welches er bei der Trägheit der Wehen gar nicht hätte herabtreten können, wenn die räumlichen Verhältnisse desselben nicht besonders günstig waren, während er unter andern Umständen (§. 417.) zuweilen kaum eine Stunde hier verweilen kann, ohne das Leben der Frucht zu gefährden. Aber selbst in diesem günstigen Grade hat man für die fünfte Geburtsperiode übele Zufälle zu fürchten, indem nach den in der dritten und vierten Periode eingetretenen besseren Wehen, in der fünften ein desto stärkerer Nachlass der Wehenthätigkeit zu erfolgen pflegt.

§. 431.

In dem höheren Grade der Wehenschwäche dauert dieselbe durch alle Perioden der Geburt gleichmässig fort, und die Ausschliessung der Frucht erfolgt, wenn keine Hülfe eintritt, entweder gar nicht, oder erst nach dem Absterben derselben. In der fünften Geburtspe-

riode hat die Wehenschwäche den Einfluss, dass entweder die Lösung der Placenta gar nicht, oder wenigstens erst nach acht bis zwölf Stunden erfolgt, welches der günstigere Fall ist, — oder dass bei partieller Lösung der Placenta bedeutende und oft höchst gefährliche Gebärmutterblutflüsse eintreten, welches ein höchst ungünstiges und das häufigste Ereigniss ist, besonders wenn die Schwäche des Uterus bis zu wirklicher Lähmung dieses Organs gestiegen ist.

Vergl. No. 2066.

§. 432.

Die Behandlung ist in den verschiedenen Geburtsperioden verschieden. Während der zwei ersten Perioden lässt man die Kreissende auf einem bequemen und nicht zu warmen Geburtslager in der Stellung, welche ihr die angenehmste ist, wenn keine besondere Lage angezeigt ist, verharren, und muntert sie abwechselnd zu einiger Bewegung durch Umhergehen auf. Zuweilen giebt man ihr gute Fleischbrühe mit Eigelb, auch wohl etwas Wein, doch mit Vorsicht. Ist aber die Wehenschwäche jetzt sehr gross, und die Constitution der Kreissenden durch vorhergegangene Krankheiten, z. B. Blutflüsse, sehr geschwächt, so ist ein Chinadecoct, noch besser aber ein Ratanhiadecoct, von welchem alle drei bis vier Stunden ein Esslöffel voll gereicht wird, sehr zu empfehlen: Zusätze flüchtiger Mittel zu demselben vermeidet man entweder ganz, oder wendet sie nur in möglichst kleiner Gabe an. Es sollen diese Mittel weniger für den Augenblick die Geburt beschleunigen, als vielmehr als Vorbereitung für die drei letzten Geburtsperioden wirken. Die Wehen lässt man nicht verarbeiten. — Bei zu

grosser Menge des Fruchtwassers bewirkt man in der Mitte der zweiten Geburtsperiode den Wassersprung durch die Kunst.

§. 433.

In der dritten Geburtsperiode lässt man die Wehen gehörig verarbeiten, und zieht jetzt, durchaus aber nicht früher, das Mutterkorn in Gebrauch, welches man entweder in Pulverform (zu 10 bis 15 Gran *pro dosi*) oder im Aufgusse (zu einer halben bis ganzen Drachme auf vier Unzen Wasser und Esslöffelweise genommen) oder als Tinctur anwendet. Es wirkt in den meisten Fällen sehr entscheidend; wenn es aber, nachdem dreissig bis vierzig Gran verbraucht sind, keine günstige Wirkung hervorgebracht hat, so setzt man seinen Gebrauch wegen seiner möglich nachtheiligen Wirkung auf das Nervensystem auf einige Zeit aus, und wendet abwechselnd wieder die China oder Ratanhia an, welcher man jetzt einen kleinen Zusatz von Cort. Cinamom. machen kann, worauf man von Neuem einige Gaben Mutterkorn reicht. Der Borax bleibt bei dieser Wehenschwäche gemeiniglich unwirksam. Aeusserlich wendet man Einreibungen von Linimentum ammoniatum, Weingeist oder Naphta wiederholt an; auch nützen die einfachen Frictionen des Gebärmuttergrundes mit der Hand oder mit Flanell zuweilen sehr viel. Hat man Ursache von längerer Verzögerung Gefahr für das Kind zu fürchten, so beendigt man die Geburt mittelst der Zange, welches gewöhnlich ohne Schwierigkeit ist: doch ist es wünschenswerth vor der Anwendung der Zange erst kräftig auf die Gebärmutter gewirkt zu haben, weil sonst die fünfte Geburtsperiode desto üblere Zufälle herbeiführt. — Bei vorliegenden

unteren Extremitäten muss das Kind künstlich entwickelt werden, sobald die Hüften desselben aus den äusseren Geburtstheilen hervorgetreten sind.

Vergl. No. 1156. — 1330. — 1781. — 1836. — B. XXV. H. 1, u. 2. B. XXVI. H. 2. p. 388. — 1866. B. XI. St. 3. p. 381. — 2040. B. VII. St. 3. p. 992. B. VIII. St. 2. p. 488. u. 497. St. 3. p. 707. — 2465. B. II. H. 3. p. 539. B. III. H. 2. p. 301. — 2466. 1824. No. 100. —

Die gemeine Roggenblüte, welche in Russland als Volksmittel schon bekannt ist, leistet nach mehreren mit derselben angestellten Versuchen das Nämliche, wie das Mutterkorn, ohne die nachtheiligen Eigenschaften und Wirkungen des letzteren zu besitzen.

Vergl. No. 335. 1829. H. 1. S. 109. — 1326. S. 156. —

§. 434.

In der fünften Geburtsperiode fordert die wahre Wehenschwäche wegen der Gefahr der bedeutenden passiven Blutflüsse und Umstülpung der Gebärmutter die grösste Aufmerksamkeit. Wenn noch keine theilweise Lösung der Placenta und kein Blutfluss erfolgt ist, so vermeidet man besonders das Ziehen an der Nabelschnur, welches diese theilweise Lösung des Mutterkuchens und selbst Umstülpung der Gebärmutter veranlassen kann. Man beobachtet sorgfältig, ob kein Blutfluss eintritt, und wenn dieses nicht geschieht, kann man ruhig acht bis 12 Stunden abwarten, während welcher häufig die Lösung durch allmählig eintretende Zusammenziehungen der Gebärmutter erfolgt. Aeusserlich wendet man sanfte, öfters wiederholte kreisförmige Reibungen des Gebärmuttergrundes, Einrei-

bungen von Linimentum ammoniatum, Alcohol oder Naphta an, man lässt die letztere tropfenweise auf den Gebärmuttergrund fallen, und legt eine sanft stützende breite Bauchbinde an. Innerlich giebt man die schon angeführten Mittel, besonders die Ratanhiatinctur mit Zimmettinctur, abwechselnd mit einer Gabe Mutterkorn. Erfolgt aber in einem Zeitraume von acht bis zehn Stunden die Ausschliessung der Nachgeburt nicht, so ist es angezeigt, die kunstmässige Lösung und Entfernung derselben durch Einführung der Hand in die Gebärmutter vorzunehmen, wodurch zugleich gewöhnlich auch kräftige Zusammenziehungen der Gebärmutter hervorgerufen werden.

§. 435.

Wenn aber gleich nach der Ausschliessung der Frucht durch theilweise Lösung der Placenta ein Gebärmutterblutfluss, welcher bald stürmisch (*Haemorrhagia uteri*), bald langsam und mehr tröpfelnd (*Stillicidium*), aber in Regel anhaltend ist, hervorgebracht wird, so muss man sogleich und kräftig die Contractionen der Gebärmutter hervorzurufen suchen. Die genannten inneren Mittel, und abwechselnd mit ihnen die kräftigsten Mineralsäuren, besonders die Phosphorsäure, werden in starken Gaben und kurzen Zwischenräumen gereicht, äusserlich die kreisförmige Reibungen und selbst ein mässig starker Druck mit der ausgebreiteten Hand auf den Muttergrund angewendet, kaltes Wasser mit einiger Gewalt auf den Unterleib gespritzt, und bald wieder abgetrocknet, und zuletzt kalte Ueberschläge über den Unterleib gemacht. In die Nabelschnurvene macht man Injectionen aus kaltem Wasser und Essig oder Weingeist

bestehend, und hält dieselben einige Zeit in der Placenta zurück, worauf man sie wiederholt. Wenn es auf diese Weise gelingt, Zusammenziehungen der Gebärmutter hervorzubringen und die Blutung zu stillen, so hütet man sich sehr, die Nachgeburt sogleich entfernen zu wollen, sondern verfährt nun, wie in dem ersten Falle (§. 434.) Wenn aber, ungeachtet der Anwendung der genannten Mittel, die Hämorrhagie fortdauert, oder nach kurzer Unterbrechung von Neuem wiederkehrt, so darf man, wenn man die Entbundene nicht in die grösste Lebensgefahr setzen will, nicht länger abwarten, sobald Blässe des Gesichtes, Gähnen und Sinken des Pulses das Herannahen der Ohnmacht verkünden, sondern man schreitet alsdann sofort zur künstlichen Lösung und Entfernung der Placenta durch die Einführung der Hand, wodurch man theils schon mittelst dieses kräftigen Reizes Zusammenziehung der Gebärmutter verursacht, theils durch Entfernung der Placenta dem schwachen Uterus die Möglichkeit gestattet, sich zusammenzuziehen, theils endlich die örtlichen Mittel zur Hervorrufung der Contractionen besser anwenden kann. Dauert demungeachtet der Blutfluss nach der Entfernung der Nachgeburt noch fort, so wird er nach den Regeln behandelt (§§. 505—517.)

§. 436.

Zuweilen verschliessen die Eihäute den Muttermund zum Theil oder ganz, und das Blut, statt auszufliessen, häuft sich in der Höhle des Eies oder der Gebärmutter an. Dieser verborgene Blutfluss wird in der Regel erst erkannt, wenn die Erscheinungen der herannahenden Ohnmacht eintreten, doch kann man

bei aufmerksamer Untersuchung denselben an dem grösser und durch das gerinnende Blut härter anzufühlenden Uterus erkennen. In diesem Falle ist es vorzuziehen, die Placenta sogleich künstlich zu entfernen, als sich mit dem meistens wirkungslosen Gebrauche innerer und äusserer Mittel aufzuhalten.

§. 437.

b) Erschöpfung der Wehenthätigkeit durch lange Geburtsanstrengung entsteht entweder durch lange Dauer der Geburt wegen Schwierigkeit des Kopfes durch das Becken zu gehen, oder durch heftiges Ueberarbeiten der Wehen in den beiden ersten Geburtsperioden, und ihr Einfluss auf die Geburt ist vorzüglich in der vierten und fünften Geburtsperiode, zuweilen auch schon in der dritten, zu bemerken. Die Wehen kehren entweder nach grossen Zwischenräumen erst wieder und sind unkräftig, oder sie treten zwar häufiger ein, sind aber nur von sehr kurzer Dauer und ohne Wirkung auf das Kind. Das Gesicht der Kreissenden ist geröthet, sie fühlt sich sehr ermattet, wünscht nur Ruhe und Beendigung der Geburt. Die Muskelfaser der Gebärmutter ist entweder nur ermattet, die Erregbarkeit des Uterus auf einige Zeit erschöpft, oder die heftige Anstrengung der Bauchpresse hat mechanisch auf den Uterus gewirkt und einen entzündlichen Zustand desselben hervorgerufen. Der Kopf des Kindes steht mehr oder weniger tief im Becken und die Kopfgeschwulst ist gewöhnlich ziemlich stark.

§. 438.

Die Behandlung ist verschieden nach dem Zustande der Gebärmutter und der Lebensgefahr des Kindes. Ist die letztere sehr drohend, so muss man sogleich die Geburt durch die Zange beendigen, wo man aber alsdann leicht Blutflüsse in der fünften Geburtsperiode wegen unzureichender Zusammenziehung der Gebärmutter zu erwarten hat. Geht es also an, so ist es rathsam, die Anwendung der Zange noch etwas zu verschieben, und erst Mittel, welche Zusammenziehungen der Gebärmutter bewirken, anzuwenden.

§. 439.

Ist entzündlicher Zustand der Gebärmutter vorhanden, welcher sich durch Schmerzhaftigkeit derselben bei äusserer Berührung, Hitze der Scheide, Röthe des Gesichts und vollen, harten und schnellen Puls anzeigt, so wendet man zuerst ein kleines Aderlass an, und empfehlt Ruhe und Nachlass in dem Verarbeiten der Wehen. Innerlich ist der Borax hier das Hauptmittel, welcher zu fünfzehn bis zwanzig Gran mit fünf Gran Nitrum alle anderthalb bis zwei Stunden gereicht wird.

§. 440.

Ist aber kein entzündlicher Zustand, sondern nur Erschöpfung der Wehenthätigkeit vorhanden, so unterlässt man das Aderlass und wendet den Borax, mit einem Zusatze von Opium oder Castoreum, in der angegebenen Dosis und Zeit an. Häufig wird die Geburt nach einiger Zeit hierdurch beendigt werden. Stellen sich aber in einiger Zeit keine hinlänglich kräftige Wehen ein, und man muss für das Leben des Kindes

fürchten, so beendigt man die Geburt mittelst der Zange. — Die in der fünften Geburtsperiode eintretenden Störungen behandelt man, je nachdem wahre Wehenschwäche (§. 434—436.) oder Krampf (§. 452.) dabei vorwaltend ist.

3. Krampf des Uterus.

§. 441.

Der Krampf des Uterus kommt vorzüglich während der Geburt und bald nach derselben vor, und äussert sich bald als krampfhafte Wehe, bald als tonischer Krampf, Strictur oder Tetanus uteri, bald als heftige Nachwehen. Die krampfhafte Wehe zeigt zwar ausser der Wehe auch einige fortdauernde Empfindlichkeit des Uterus bei Berührung, vorzüglich äussert sich aber der Krampf während der Wehe, indem die letztere höchst schmerzhaft, besonders schneidend, ist, der Uterus wegen der krankhaften Thätigkeit der Ringfasern sich höher erhebt und bei der inneren Untersuchung die Wehe nicht auf Herabsinken des Kopfes, sondern entweder gar nicht oder auf Erhebung desselben wirkt. Der Muttermund zieht sich dabei nicht selten fühlbar zusammen, oder wird auch schief gezogen; er ist hart, gespannt und empfindlich, und es erstreckt sich der Krampf nicht selten auch auf die Mutterscheide, welche heiss, empfindlich und häufig trocken ist. — Bei der Strictur ist eine Stelle des Uterus mehr zusammengeschnürt als die übrigen, der Uterus gleichsam in zwei Hälften getheilt und dieses durch die äussere Untersuchung deutlich zu fühlen: die Wehen sind dabei eben so schmerzhaft und unwirksam. — Bei dem Tetanus zieht sich der ganze Uterus

fest um die Frucht zusammen, ist hochstehend und gleichsam glasartig hart anzufühlen, und die übrigen örtlichen Erscheinungen wie bei den krampfhaften Wehen vorhanden.

Vergl. No. 784. — 1391. — 1710. — 2122. — 2160. —

§. 442.

Der Krampf des Uterus kommt bei allgemein vorwaltender Sensibilität des Körpers (§. 351.) und des Uterus (§. 460.), und vorzüglich bei hysterischer Anlage und bei männlichem Habitus vor. Als Gelegenheitsursachen veranlassen denselben Gemüthsbewegungen, Erkältung, früher Abgang des Fruchtwassers, Reizung des Muttermundes durch zu häufiges Untersuchen, regelwidrig feste Adhäsion der Placenta, wiederholtes Ziehen an der Nabelschnur u. s. w.

§. 443.

Das Allgemeinbefinden nimmt an dem Krampfe der Gebärmutter in der Regel Antheil. Die Kreissende ist unruhig, ungeduldig und jammert laut über die Heftigkeit des Schmerzes, das Gesicht ist etwas geröthet oder bei sehr hohem Grade bleich und eingefallen, es tritt öfters Uebelkeit und Erbrechen ein, die Haut ist trocken, die Stuhlausleerung unterdrückt, der Urin sparsam und hell, der Puls zusammengezogen und hart, und bald frequent, bald sehr langsam. Es lassen sich besonders zwei Arten des Krampfes unterscheiden, wo bei der ersten mehr plethorischer Zustand mit Aufregung der Gefässthätigkeit und erhöheter Temperatur der Haut, bei der zweiten Art mehr rein nervöses Leiden mit Blässe des Gesichtes, kühler Haut und langsamem, zusammengezogenem Pulse gefunden wird.

§. 444.

Der Krampf hat auf den Fortgang der Geburt einen höchst störenden Einfluss, verlängert den Verlauf und bringt mehr oder minder gefährliche Zufälle hervor, je nach dem Grade der Heftigkeit und der Theilnahme des übrigen Körpers, besonders des Gehirnes an demselben, und nach der Periode der Geburt, in welcher er vorhanden ist. In der ersten und zweiten Geburtsperiode ist der Krampf gewöhnlich sehr hartnäckig, verlängert die Dauer derselben von vierundzwanzig Stunden bis zu drei Tagen und länger, lässt den Muttermund sich sehr langsam erweitern und wirkt, wenn das Fruchtwasser schon frühe abgeflossen war, auch nachtheilig auf das Kind, welches nicht selten sein Leben verliert. Der übrige Körper nimmt endlich Antheil an dem örtlichen Krampfe, und es treten krampfhafte Erscheinungen in entfernteren Organen, ja endlich allgemeine Convulsionen ein. Auch können Entzündungen, Blutflüsse und selbst Zerreissung der Gebärmutter als Folge des Krampfes entstehen.

§. 445.

In der dritten und vierten Periode der Geburt ist der Einfluss des Krampfes bei regelmässiger Lage der Frucht weniger nachtheilig, als in den ersten Perioden, und zuweilen kann sogar die Frucht ohne weitere Kunsthülfe ausgeschlossen werden, weil die zwar noch immer krampfhaften Wehen doch mehr auf die Frucht wirken; doch dauert er oft auch noch sehr heftig fort, oder hat die Geburtsthätigkeit so erschöpft, dass dadurch die Geburt verzögert wird.

§. 446.

In der fünften Geburtsperiode ist der Krampf der Gebärmutter besonders gefährlich, indem er hier theilweise Lösung der Placenta, Einsperrung derselben und Blutflüsse hervorbringt. Man erkennt diesen Zustand an der ungemeinen Schmerzhaftigkeit der Nachgeburtswehen und der Gebärmutter bei äusserem Drucke: an dem Stande des theilweise zusammengezogenen Uterus, welcher immer weit höher als gewöhnlich in der Gegend des Nabels, ja bis gegen die Herzgrube hin, stehet und gewöhnlich etwas nach einer Seite (häufig der rechten) geneigt ist. Bei der inneren Untersuchung führt die Nabelschnur den untersuchenden Finger oder die Hand bis zu der Strictur der Gebärmutter, welche die Placenta ganz oder zum Theil einschliesst. Bei hohem Grade des Krampfes wird das ganze Nervensystem heftig ergriffen, es entsteht Erbrechen, Ohnmachten, Zittern und Zucken der Glieder und allgemeine Convulsionen.

§. 447.

Eine Folge der krampfhaften Zusammenziehung der Gebärmutter in der fünften Geburtsperiode und der dadurch entstehenden Einsperrung der Placenta, ist die theilweise Lösung dieser letzteren und Blutfluss der Gebärmutter. Der Blutfluss geht nicht ununterbrochen fort, wie bei der Atonie der Gebärmutter, und es wird auch in kurzer Zeit keine so grosse Menge Blutes ausgeleert, wie bei dieser, sondern die Ausleerung des Blutes folgt stossweise nach jeder krampfigen Zusammenziehung des Uterus, sobald dieselbe nachlässt: demungeachtet treten schon frühe Ohn-

machten und Erbrechen ein, welche vorzüglich von dem gleichzeitigen Ergriffenseyn des Nervensystems abhängen, und in bedeutenden Fällen nach acht bis zwölf Stunden den Tod herbeiführen. Zuweilen hindert die Strictur oder der in derselben eingeschlossene Mutterkuchen den Ausfluss des Blutes, und es entsteht eine innere Blutung, welche aber der Menge nach nicht sehr bedeutend ist, da das sich anhäufende und gerinnende Blut den Uterus zu neuen krampfhaften Zusammenziehungen reizt.

§. 448.

Die Behandlung des Krampfes in den beiden ersten Perioden gebietet zuerst ruhige Lage auf einem erwärmten Lager und Vermeidung des Verarbeitens der Wehen und der wiederholten geburtshülflichen Untersuchung. Nächstdem hat man zu unterscheiden, ob der Krampf mit gleichzeitiger Vollblütigkeit oder Aufregung der Gefässthätigkeit verbunden ist, oder ob er als rein nervöses Leiden bestehet. In dem ersten Falle nimmt man frühe eine angemessene Blutentziehung am Arme vor, giebt innerlich Emulsionen aus Mohnsamen, Mandeln u. s. w. mit Extractum Hyoscyami, Belladonnae, oder mit Aqua Amygdalarum amararum concentrata: auch das Lactucarium hat sich hier wirksam gezeigt, und wenn die Aufregung des Blutsystems durch das Aderlass bald beseitigt wurde, so kann man in manchen Fällen auch schon das Opium in Gebrauch ziehen.

§. 449.

Bei dem Krampfe ohne Aufregung der Gefässthätigkeit ist gleich von Anfang ein lauwarmes allge-

meines Bad mit aromatischen Kräutern zu empfehlen; innerlich giebt man Chamillenthee zum Getränk, Dover's Pulver, Valeriana im Aufgusse und als Tinctur, Liquor CC. succinatus, Castoreum, Opiumtinctur und in höheren Graden und bei hinzutretenden allgemeinen krampfigen Zufällen die Tinctura Ambrae c. Mosch. Ueber dem Gebärmuttergrund macht man Einreibungen von erwärmtem Hyoscyamus- und Chamillenöl, legt mit diesen Oelen getränkte warme Flanellstücke über, und wenn sich der Krampf vorzüglich an dem Muttermunde und der Scheide bemerkbar macht, so macht man Injectionen in die Scheide von erwärmtem Lein-, Mohn- oder Hyoscyamusöl, führt Belladonnaextract mit dem Finger oder einem Schwämmchen an den Muttermund, giebt Klystiere mit einem Zusatze von Opiumtinctur oder Belladonnaextract, doch (besonders letzteres) mit grosser Vorsicht, und legt den in Chamillen- oder Hyoscyamusaufguss oder warme Milch getauchten Schwamm vor die Geburtstheile: auch Dampfbäder sind in diesen Perioden anwendbar. Einreibungen in den Muttermund, z. B. von Opiatsalbe reizen mehr, als sie beruhigen, und sind desshalb zu verwerfen. Die künstliche Erweiterung des Muttermundes ist hier sehr nachtheilig. — Da man in der neuesten Zeit innerlich und äusserlich die Belladonna bei krampfhaften Zuständen der Geburt anwendet, so scheint es nicht überflüssig, die gefährliche lähmende Eigenschaft der letzteren hervorzuheben, wodurch leicht die heftigsten und unheilbaren Gebärmutterblutflüsse nach der Geburt veranlasst werden können; es ist daher die grösste Vorsicht zu empfehlen.

Chaussier's Pommade dilatoire besteht auf zwei Gran Extr. Belladonnae in etwas destillirtem Wasser gelöst und mit einer Unze Cerat zur Salbe gemacht.

Vergl. No. 247. p. 259. —

§. 450.

Bei der Anwendung dieser Behandlung erfolgt nicht selten ein allgemeiner warmer Schweiss, die Wehen werden regelmässig, und die Geburt verlauft in den beiden folgenden Perioden ohne Nachtheil. In anderen Fällen lässt zwar der Krampf nach, allein es treten keine hinreichenden Wehen wegen der zurückbleibenden Erschöpfung ein: in diesem Falle hat sich das Mutterkorn und der Borax gleich wirksam gezeigt, doch muss man sich hüten, diese Mittel früher, als nach vollständigem Verschwinden des Krampfes und erst in der dritten Geburtsperiode anzuwenden; wenn bei zurückgebliebener Empfindlichkeit des Magens das Mutterkorn Erbrechen erregt, so ist stets der Borax vorzuziehen. Bleiben diese Mittel unwirksam, dauert die Geburt zu lange, und es tritt Gefahr für das Kind ein, so wird die Zange zu Hülfe genommen.

§. 451.

Dauert der Krampf indessen in der dritten und vierten Geburtsperiode noch fort, so können die allgemeinen Bäder und Dampfbäder nicht wohl mehr angewendet werden; hingegen ist der Gebrauch des in eine warme krampfstillende Flüssigkeit getauchten Schwammes vor den Scheideneingang noch zu empfehlen. Unter den angeführten inneren krampfstillenden Mitteln ist vorzüglich das Opium in diesen Geburtsperioden wirksam, welches allein oder in Verbin-

dung mit Liquor CC. succinatus gereicht wird; doch hütet man sich, die Opiumtinctur in den grossen Gaben der Engländer zu 60—80 Tropfen zu reichen, welche leicht Lähmung des Uterus veranlassen können. Dauert die Ausschliessung der Frucht zu lange, und man wird für das Leben derselben besorgt, so beendigt man die Geburt mit der Zange, wobei zu bemerken ist, dass in manchen Fällen allein schon die Einbringung des Instrumentes den Krampf stillt und regelmässige Wehen hervorbringt. In anderen Fällen wird jedoch der krampfhafte Schmerz durch die Einführung des Instrumentes anfangs noch vermehrt und hört erst nach Beendigung der Geburt auf.

§. 452.

Wenn durch den Krampf in der fünften Geburtsperiode die Einsperrung der Placenta bewirkt wird, so muss man vorzüglich berücksichtigen, ob gleichzeitig Blutfluss und in welchem Grade vorhanden ist. Ist kein Blutfluss oder nur sehr unbedeutender Blutabgang vorhanden, so giebt man der Entbundenen ein ruhiges, warmes Lager, und vermeidet alles Ziehen an der Nabelschnur und selbst Reibungen des Muttergrundes. Man legt über den Muttergrund erwärmte Flanelltücher, mit aromatischen Dämpfen durchräuchert, giebt innerlich einen Valerianaaufguss mit Opiumtinktur, den Liq. CC. succ., die Castoreumtinktur u. s. w., und bei gleichzeitigen Congestionen und aufgeregter Gefässthätigkeit eine Mohnsamenemulsion mit Hyoscyamusextract. Nach sechs bis zwölf Stunden lässt der Krampf gemeiniglich nach und der Abgang der Nachgeburt erfolgt.

§. 453.

Bei höherem Grade des Krampfes und gleichzeitigem Blutflusse hat man vorzüglich die Stärke und Dauer dieses letzteren mitanzuschlagen: die innere und äussere Behandlung bleibt unverändert, da der innere Gebrauch der Zimmttinctur und der äussere Gebrauch der Kälte den Krampf nur verstärkt; nur hat man bei dem Blutflusse den Zeitpunkt genau zu beobachten, in welchem der Krampf durch die Wirkung der inneren und äusseren Mittel etwas nachlässt. Dann, aber nicht früher, führt man die Hand ein, und nimmt durch die Strictur gehend die eingesperrte Placenta weg, welches jetzt ohne sehr grosse Schwierigkeit geschehen kann, worauf sogleich der Krampf, welcher nur noch durch die Placenta unterhalten wurde, nachlässt, und die Gebärmutter sich regelmässig zusammenzieht. Bei bedeutendem Krampfe und Blutflusse wird im Unterlassungsfalle der Krampf mehrere Tage fortdauern und die Entbundene in die grösste Lebensgefahr kommen, oder wirklich ihr Leben verlieren.

Vergl. No. 2095. — 2411.

§. 454.

Nach der Geburt bewirkt der Krampf als Nachwehen zuweilen sehr bedeutende Schmerzen. Wenn die Nachwehen bei Mehrgebärenden in mässigem Grade eintreten, so ist dieses nicht allein keine nachtheilige, sondern sogar eine wohlthätige, die Rückbildung des Uterus bedingende Erscheinung. Wenn sie aber bei Erstgebärenden oder bei Mehrgebärenden in einem sehr hohen Grade vorkommen, so dass man den Ein-

tritt allgemeiner Convulsionen fürchten muss, oder doch das Wochenbett in den ersten Tagen durch den heftigen Schmerz ungemein gestört wird, so hat man sorgfältig den Character derselben zu unterscheiden. Wenn sie bei gleichzeitig gesteigerter Gefässthätigkeit nach einem zu geringen Blutflusse vorkommen, so macht man lauwarme Injectionen in den Uterus, von Hyoscyamus - oder Cicutaabkochung mit Oel versetzt, legt warme Tücher oder Kräuterkissen auf den Unterleib, und giebt innerlich eine Mohnsamenmulsion mit Hyoscyamusextract oder Mandelwasser. Wenn aber keine gleichzeitige Aufregung der Gefässthätigkeit vorhanden oder zu fürchten ist, so ist das Opium, besonders die Tinctura Opii crocata, stündlich zu 5—10 Tropfen, das sicherste und ein schnell wirkendes Mittel: bei hysterischer Anlage ist es nützlich, dasselbe mit Liquor CC. succ. zu verbinden. Bei längerer Dauer der Nachwehen und gleichzeitiger Stuhlverhaltung sind Klystiere anzuwenden.

Vergl. No. 622.

4. Rheumatismus der Gebärmutter.

§. 455.

Die Muskelhaut des Uterus kann während der Schwangerschaft und während der Geburt von Rheumatismus befallen werden. — Bei dem Rheumatismus während der Schwangerschaft findet man den Uterus überhaupt empfindlich gegen Berührung, mit ziehenden oder reissenden Schmerzen in der Kreuzgegend, dem Bauche und bis in das Becken hinab, welche sich zwar wehenartig verstärken und nachlassen, überhaupt aber mehr dauernd sind, als die wahren

Wehen; zuweilen ist es schwer, diesen Zustand von dem Anfang der Geburt zu unterscheiden, da sich der Muttermund dabei etwas öffnet. Es ist dabei Frösteln abwechselnd mit Hitze, trockene Haut, Durst, Kopfweh, härtlicher, beschleunigter Puls u. s. w. vorhanden. Nach starken Schweissen und Urinausleerung erfolgt nach Verlauf von zwei bis fünf Tagen Besserung und die Schwangerschaft erreicht ungestört ihr Ende. Im ungünstigeren Falle kann Frühgeburt erfolgen.

§. 456.

Der Rheumatismus der Gebärmutter während der Geburt macht gleich von Anfang derselben die Zusammenziehungen des Uterus schmerzhaft und unwirksam, der Uterus ist bei äusserer Berührung und bei der Berührung des Muttermundes auch ausser den Wehen empfindlich und schmerzhaft, die Wehen erscheinen zwar übrigens regelmässig, brechen aber immer kürzer ab, die Haut ist trocken, das Gesicht geröthet, der Puls mehr oder minder frequent und hart, je nachdem Fieber gleichzeitig vorhanden ist, oder nicht. Die erste und zweite Geburtsperiode werden vorzüglich, bei höherem Grade des Uebels aber auch die dritte, vierte und fünfte Geburtsperiode verlängert: in diesem Falle kann der Rheumatismus auch in wirkliche Entzündung der Gebärmutter, besonders bei unrichtiger Behandlung, übergehen, und die Geburt sehr regelwidrig machen. — Ein allgemeiner warmer Schweiss beendigt den Rheumatismus bald. — Im ungünstigsten Falle geht er in das Wochenbett über, wo er gemeiniglich als Metritis auftritt.

§. 457.

Die Ursachen des Rheumatismus der Gebärmutter sind Erkältungen, vorzüglich des Unterleibes durch unzureichende Bekleidung desselben in den letzten Schwangerschaftsmonaten, Erkältungen der unteren Extremitäten, der äusseren Geschlechtstheile auf kalten Abtritten, und eine die rheumatischen Affectionen überhaupt begünstigende Witterungsconstitution.

§. 458.

Die Behandlung des Rheumatismus der Gebärmutter während der Schwangerschaft hat zunächst für ein ruhiges warmes Lager in mässig erwärmten Zimmer zu sorgen: ausserdem giebt man lauwarme diaphoretische Getränke, den Salmiak mit Ipecacuanha in einem schleimigen Decocte oder Emulsion, mit einem Zusatze von Extr. Hyosc. oder Aqua Amygdalar. a. c.; auch wird das Opium hier sehr gerühmt, ohne jedoch besonders bei plethorischer Anlage allgemein empfohlen werden zu können; vinum stibiatum, Spiritus Mindereri, Liq. CC. succ., und besonders bei gesteigerter Gefässthätigkeit ein Aderlass, leisten gute Dienste. Oertlich legt man erwärmte Kräuterkissen auf den Bauch und giebt Klystiere von Chamillenaufguss u. s. w. Die Diät muss eingeschränkt seyn.

§. 459.

Bei der Behandlung des Rheumatismus der Gebärmutter während der Geburt lässt man die Kreissende gleich von Anfang an in ein ruhiges und warmes Lager bringen, und giebt diaphoretische Getränke. Bei plethorischer Anlage und fieberhaftem Allgemeinleiden nimmt man ein Aderlass am Arme vor, und

giebt innerlich den Salmiak in Auflösung, mit einem Zusatze von Vinum stibiatum und Extractum Hyoscyami; auch die Verbindung eines Ipecacuanhaaufgusses mit Salmiak leistet sehr gute Dienste. Ist aber kein Fieber vorhanden, und die Aufregung des Gefässsystems unbedeutend, so ist die Verbindung von Vinum stibiatum mit Liq. CC. succ. und Tinctura Opii crocata sehr zu empfehlen: bei grosser Trockenheit der Haut giebt man auch den Spiritus Mindereri in Verbindung mit Opiumtinktur mit Nutzen. Oertlich auf den Unterleib legt man erwärmte Flanelltücher oder Kräuterkissen, reibt Oleum Hyoscyami ein, und wenn sich Hitze und Empfindlichkeit der Scheide zeigt, so macht man ölige Injectionen in dieselbe und legt einen in warmen Kräuteraufguss getauchten Schwamm vor die äusseren Geschlechtstheile. Wenn nach gehobenem Rheumatismus durch einen allgemeinen Schweiss in der dritten und vierten Geburtsperiode Wehenschwäche zurückbleibt, so wirkt der Borax in Verbindung mit Opium sehr gut. Tritt wegen zu langer Dauer der Geburt in diesen Perioden Gefahr für das Leben des Kindes ein, so beendigt man die Geburt durch die Kunst.

Vergl. No. 357. — 372. — 2414.

Zweites Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen der Empfindungsthätigkeit der Geschlechtsorgane.

1. Gesteigerte Sensibilität der Gebärmutter.

§. 460.

Die gesteigerte Sensibilität der Gebärmutter besteht in einer krankhaft erhöheten Reizfähigkeit dieses Organs und der Mutterscheide, bei gemeiniglich mehr oder minder herabgestimmter Energie der Bewegungsthätigkeit desselben. Sie beruhet entweder auf der allgemeinen Constitution des sehr zarten oder zu jugendlichen oder hysterischen Weibes, oder hat ihren Grund in der örtlich gesteigerten Empfindlichkeit des Gebärorgans bei übrigens guter Constitution: öfters findet man jedoch das erstere, seltener das letztere.

§. 461.

Die Diagnose ergiebt sich aus dem allgemeinen Bau der Schwangeren (§. 561.), welcher in der Regel sehr zart, schlank, jugendlich oder wenig entwickelt ist, aus der schmerzhaften Menstruation im nichtschwangeren Zustande, aus dem gewöhnlich bleichen, sich aber während der Geburt leicht röthenden Gesichte, dem häufigen, kleinen, härtlichen oder gespannten, besonders aber leicht veränderlichen Pulse, der grossen Unruhe, Ungeduld, Klagen und Schreien während der Geburt, der grossen Schmerzhaftigkeit der wenig wirkenden und kurzdauernden Wehen, der

grossen Empfindlichkeit der Mutterscheide bei der Untersuchung, dem länger gespannt und schmerzhaft bleibenden Muttermunde, dem öfters eintretenden Erbrechen, der nach jeder Wehe scheinbar vorhandenen Erschöpfung uud Neigung zum Schlummer u. s. w., wobei der Uterus bei dem Betasten zwar empfindlich, aber nicht schmerzhaft ist.

§. 462.

Der Einfluss der gesteigerten Empfindlichkeit des Uterus auf die Schwangerschaft besteht vorzüglich in einer Neigung zu Abortus und Frühgeburt, da die Gelegenheitsursachen derselben in diesem Zustande leicht einwirken können. Der Einfluss auf die Geburt ist dem Grade nach verschieden. Im geringeren Grade ist der Einfluss dieses Zustandes vorzüglich in der ersten und zweiten Geburtsperiode vorhanden, welche höchst schmerzhaft und langsam verlaufen: wird nun dabei ein angemessenes diätetisches Verhalten beobachtet und besonders die grosse Unruhe und das stossweise heftige Verarbeiten der Wehen vermieden, so verliert sich allmählig dieser Einfluss, und die beiden folgenden Perioden verlaufen, wenn auch schmerzhaft und etwas langsam, jedoch ohne eine besondere Kunsthülfe zu bedürfen; nur in der fünften Geburtsperiode stellt sich leicht unvollkommene Lösung der Nachgeburt und erethischer Gebärmutterblutfluss ein. Nach der Geburt folgen leicht ungemein schmerzhafte Nachwehen, selbst bei Erstgebärenden.

§. 463.

Bei dem höheren Grade der krampfhaften Empfindlichkeit der Gebärmutter, oder wenn während der

beiden ersten Geburtsperioden die Kreissende sehr unruhig war, die Wehen übermässig verarbeitete, oder durch häufiges Untersuchen, erhitzende Getränke oder Arzneien noch mehr gereizt wurde, nehmen die Zufälle in den beiden folgenden Geburtsperioden bedeutend zu, während die Wehen immer schmerzhafter, aber auch immer kürzer dauernd und unwirksamer werden. Wenn der Kopf durch die Krönung gegangen ist, so verweilt er länger in dem Becken, die Kopfgeschwulst wächst sehr bedeutend an, und das Kind kommt bei längerer Dauer in Lebensgefahr. Die Wehen werden jetzt sehr leicht wirklich krampfhaft, und bei grosser Schmerzhaftigkeit können auch allgemeine Convulsionen ausbrechen. In der fünften Geburtsperiode entsteht leicht Gebärmutterblutfluss und Einsperrung der Placenta.

§. 464.

Die Behandlung dieses bedeutenden und nicht selten gefahrvollen Zustandes ist während der Schwangerschaft dahin gerichtet, durch angemessene Diät und Verhalten (§. 327.) die allgemeine und örtliche Empfindlichkeit herabzustimmen; besonders wirken auch lauwarme Kräuterbäder dahin. Ausserdem vermeidet man sorgfältig alle Einflüsse, welche nachtheilig auf den Uterus einwirken könnten.

§. 465.

Während der Geburt hat man gleich von Anfang an durch tröstenden Zuspruch auf das beunruhigte Gemüth der Kreissenden zu wirken. Ausserdem ist auch in den ersten Geburtsperioden ein lauwarmes Kräuterbad, wo es zu haben ist, sehr wirksam. Man

Man lässt bei angemessener Zimmertemperatur die Kreissende möglichst ruhig in einem erwärmten Bett liegen, und die Wehen durchaus nicht, und in den späteren Perioden nur sehr wenig verarbeiten. Innerlich giebt man anfangs das Lactucarium, zu zwei bis drei Gran alle drei Stunden, und reicht schleimiges Getränk: in die Mutterscheide macht man Einspritzungen von erwärmtem Hyoscyamusöl und legt vor den Scheideneingang einen in ein warmes besänftigendes Decoct oder auch nur in warme Milch getauchten Badeschwamm. Bei längerer Dauer nimmt man noch andere wirksame Mittel, Tinctura Castorei russ., Liquor. CC. succ. mit der Tinctura Opii crocata verbunden, Dover's Pulver, oder bei gleichzeitiger Aufregung der Gefässthätigkeit Extract. Hyoscyami oder Aqua Amygdalar. a. c. zu Hülfe. Wenn jedoch allgemeine krampfhafte Zufälle zu entstehen drohen, oder durch allzulanges Verweilen des Kopfes der Frucht in dem Becken, dem Leben der letzteren Gefahr drohet, so nimmt man die Entbindung durch die Kunst vor, wenn die Geburt bereits an das Ende der dritten oder in die vierte Periode vorgeschritten ist. Wohl muss man sich aber hüten, durch das Klagen und Jammern der Kreissenden sich zu frühe oder ohne alle Anzeige zur Anwendung der Zange verleiten zu lassen. — Die in der fünften Geburtsperiode entstehenden Zufälle der Placenteneinsperrung, Blutfluss, so wie die heftigen Nachwehen nach der Geburt, werden nach den Regeln behandelt.

2. Gesunkene Sensibilität der Gebärmutter.

§. 466.

Man findet zuweilen die Empfindlichkeit der Gebärmutter bei Gebärenden von laxer, torpider Constitution und phlegmatischem Temperamente, besonders bei Mehrgebärenden, so gesunken, dass die Wehen wenig oder gar nicht empfunden, oder wenigstens nicht rücksichtlich ihrer Wirksamkeit angeschlagen werden. Die Folge davon ist, dass die Geburt, ohne von der Kreissenden oder den Umstehenden bemerkt zu werden, ihrem Ende zueilt, und dass nicht selten das Kind auf den Boden fällt. Für das Kind hat ein solcher Sturz auf den Boden nach der Erfahrung nicht leicht eine übele Folge; doch zerreisst gemeiniglich die Nabelschnur. Es kann keine andere Behandlung dieses Falles stattfinden, als dass man die Aufmerksamkeit in der Beobachtung des Vorganges der Geburt verdoppelt. — Findet man die Empfindlichkeit der Gebärmutter gleichzeitig mit der Energie der Gebärmutter vermindert, so wird sie, wie diese letztere, angeschlagen und behandelt (§. 424.)

Vergl. No. 1171. —

Drittes Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen des Gefässsystemes in den Geschlechtstheilen.

1. Vollblütigkeit und Congestionen in der Gebärmutter.

§. 467.

Wenn durch den Vorgang der Schwangerschaft der Blutreichthum des Körpers im Allgemeinen vermehrt und Neigung zu Congestionen erzeugt wird, so geschieht dieses besonders in der Sphäre des Unterleibes *(Plethora abdominalis)*, und die sehr entwickelten Gefässe der Uteruswandung haben keinen geringen Antheil daran. In mässigem Grade ist dieser Zustand also ein ganz normaler, welcher ohne übelen Einfluss auf die Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett bleibt; in höherem Grade erwächst jedoch Nachtheil aus demselben.

§. 468.

Während der Schwangerschaft empfindet die Schwangere ein besonderes Gefühl von Wärme und Völle des Unterleibes, häufige und zuweilen anhaltende Kreuzschmerzen, der Bauch ist äusserlich wärmer als gewöhnlich anzufühlen, und die Temperatur der Scheide und des Muttermundes ist erhöhet. Die Folgen davon sind Btutaderknoten an den äusseren Geschlechtstheilen, in der Scheide und an dem Muttermunde, und Neigung zu Abortus.

§. 469.

Während der Geburt wird durch die übermässige Ueberfüllung der Uteruswandung mit Blut die Wirksamkeit der Contractionen derselben gehemmt, und die Geburt verzögert. Der Unterleib ist zwar unschmerzhaft, aber heiss und gespannt, das Gesicht geröthet, der Puls mehr oder minder hart, die Wehen schmerzhaft und besonders sind heftige Kreuzschmerzen vorhanden.

470.

Die Behandlung während der Schwangerschaft besteht vorzüglich in guter Anordnung der Diät, mit Vermeidung aller erhitzenden Speisen und Getränke, mässiger körperlicher Bewegung, dem Gebrauche eines Bitterwassers oder Bittersalzes bei Unterdrückung der Darmexcretion, und nach Beschaffenheit der Umstände in der Anwendung eines Aderlasses. Während der Geburt sind besonders zwei Constitutionsverhältnisse des Weibes zu unterscheiden, ob nämlich die örtliche Plethora des Uterus vorkommt bei allgemein kräftig und plethorisch entwickeltem Körper oder bei vorwaltend hämorrhoidalischer, venöser Anlage.

§. 471.

Bei dem allgemein kräftig und plethorisch entwickelten Körper des Weibes, ohne Vorhandenseyn von Blutaderknoten, ist ein Aderlass am Arme, welches zuweilen wiederholt werden muss, unerlässlich; ausserdem giebt man innerlich Nitrum, welchem man bei etwa gleichzeitig erhöheter Sensibilität Hyoscyamusextract zusetzt: die Geburt wird dann gemeiniglich ohne Kunsthülfe beendigt. — Bei vorwaltend venöser

Anlage oder dem Hämorrhoidalzustande des Uterus, bei vollsaftigen Weibern, von schwammigem, vasculosem Baue und nicht selten grosser Körperfülle, ist zwar auch ein Aderlass am Fusse in vielen Fällen nicht zu entbehren; doch reicht es gewöhnlich zu, wenn man von Anfang der Geburt an die Mineralsäuren, und besonders Hallers saures Elixir, in Gebrauch zieht. Bei dauernder Unthätigkeit der Wehen ist der Borax oder das Mutterkorn anzuwenden, und bei längerer Zögerung in der vierten Geburtsperiode die Geburt durch die Kunst zu beendigen.

2. Entzündung der Geschlechtstheile.

a) Entzündung der Gebärmutter.

§. 472.

Die Gebärmutterentzündung kann während der Schwangerschaft, während der Geburt und während des Wochenbettes vorkommen, und ihr Einfluss ist nach dem betreffenden Zustande des weiblichen Körpers bei ihrem Vorkommen verschieden.

§. 473.

Während der Schwangerschaft wird die Gebärmutterentzündung nicht selten beobachtet, und betrifft alsdann häufiger den Muttergrund, seltener den Mutterhals. Ihre Ursachen sind entweder äussere Gewalt, ein Stoss, Fall, festes Einschnüren des Leibes u. s. w., oder Erkältung nach vorausgegangener Erhitzung, Dislocationen der Gebärmutter, Urinverhaltung u. s. w. — Sie kommt bald mit schnellerem, bald mit langsamerem Verlaufe vor, und wird in dem letztern Falle wohl verkannt, obgleich das vorhandene

Fieber und der Schmerz des Uterus als beständige Zeichen vorhanden sind. Ausser den übelsten Ausgängen in Brand oder Eiterung, welche gemeiniglich den Tod nach sich ziehen, ist ihre Folge nicht selten zu feste Adhäsion der Placenta, Wasseransammlung in dem Uterus und frühes Absterben und Ausstossen der Frucht. — Die Behandlung besteht in Anwendung des antiphlogistischen Heilverfahrens, der allgemeinen und örtlichen Blutentziehungen, der Mittel - und Neutralsalze in mässiger Gabe in öligen Emulsionen, Calomel u. s. w.

§. 474.

Die Gebärmutterentzündung während der Geburt wird auf zweifache Weise, als dynamische und traumatische, beobachtet. Als dynamische Entzündung fängt sie gewöhnlich schon vor oder im Anfange der Geburt an, und ergreift zwar häufig den unteren Abschnitt der Gebärmutter, doch kommt sie auch an höheren Stellen dieses Organs vor, und verbreitet sich alsdann leicht auf das Bauchfell. Erkältung, erhitzende Mittel bei schon vorhandener *Plethora abdominalis* und verkehrte Behandlung des Rheumatismus der Gebärmutter pflegt dieselbe hervorzubringen. — Die traumatische Gebärmutterentzündung ist häufiger, als die dynamische, und kommt, ausgenommen wenn sie von äusseren Verletzungen herrührt, vorzüglich nur am Mutterhalse vor, von welchem sie sich aber aufwärts verbreiten kann. Sie entsteht durch lange Dauer der Geburt und Druck auf den Gebärmutterhals, Einklemmung desselben zwischen Kopf und Becken bei der Einkeilung des ersteren, Ueberarbeiten der Wehen, besonders in den erstern Geburtsperioden, wiederholtes

rohes Untersuchen, unbeendigte Operationsversuche, Erweiterungsversuche des Muttermundes, versäumte übele Kindeslage u. s. w.

§. 475.

Bei der Gebärmutterentzündung ist immer mehr oder minder heftiges Fieber vorhanden, mit grossem Durste, trockener Haut und Unruhe. Ist eine höhere Stelle des Uterus entzündet, so findet man dieselbe bei der äusseren Untersuchung sehr hart, gespannt und schmerzhaft; die Wehen sind höchst schmerzhaft und unwirksam. Betrifft die Entzündung den Mutterhals, so findet man bei der inneren Untersuchung die Scheide und den Muttermund heiss, schmerzhaft und geschwollen, letzteres zuweilen in so hohem Grade, dass die vordere Lippe wie eine dicke Blase die ganze Mutterscheide ausfüllt. Die Entzündung erstreckt sich dann wohl auf die Mutterscheide und selbst die äusseren Geschlechtstheile.

§. 476.

Der Einfluss der Gebärmutterentzündung auf die Geburt ist nach dem Grade und der Stelle derselben verschieden. Eine leichte Entzündung des Mutterhalses pflegt wohl die Geburtsthätigkeit etwas zu verstimmen, aber bei übrigens günstigen Verhältnissen die Beendigung der Geburt nicht unmöglich zu machen. Hat indessen die Entzündung ihren Sitz im Muttergrunde, oder ist sie vom Mutterhalse aus sehr verbreitet, so wird die Aeusserung der Geburtsthätigkeit regelwidrig, die Geburt verzögert sich, das Kind kommt in Lebensgefahr wegen der gestörten Vitalität des Uterus, die Entzündung wächst, so lange die Ge-

burt nicht erfolgt ist, es entsteht Gefahr der Ruptur oder der eintretenden Gangrän. Wenn die Gebärmutterentzündung einen hohen Grad erreicht hat, so geht sie in das Wochenbett als Puerperalfieber über. In einem Falle fiel die Scheidenportion der Gebärmutter, durch Brand getrennt, ab.

§. 477.

Bei der Behandlung der Gebärmutterentzündung hat man vorzüglich dahin zu wirken, den Grad derselben zu mässigen, bis die Geburt erfolgt ist. Bei einer leichten Entzündung macht man wiederholte Einspritzungen von einer Abkochung der Herba Cicutae und Malvae mit einem Zusatze von Oel, vermeidet das häufige Untersuchen, lässt die Wehen mässig verarbeiten und die Kreissende sich auf einem warmen Lager halten. Bei einem höheren Grade und weiterer Verbreitung der Entzündung nimmt man ein Aderlass und nach den Umständen auch eine örtliche Blutentziehung durch an den Bauch gesetzte Blutegel vor, giebt innerlich eine Oelemulsion mit beruhigenden Mitteln und wiederholt die Injectionen häufig. Ist die Geburt so weit vorgerückt, dass man den Kopf des Kindes ohne grosse Schwierigkeit mit der Zange fassen kann, so beendigt man auf diese Weise die Geburt, wodurch dem Fortschreiten der Entzündung Grenzen gesetzt werden; die künstliche Erweiterung des Muttermundes ist hier gänzlich zu vermeiden. Wird es nöthig, bei der Gebärmutterentzündung die Geburt durch die Wendung zu beendigen, so muss man besonders vorsichtig wegen der Möglichkeit einer entstehenden Ruptur der Gebärmutter seyn. — Die Ge-

bärmutterentzüngung während des Wochenbettes wird nach den Regeln des Puerperalfiebers behandelt.

Vergl. No. 162. — 245. — 712. — 2465. B. I. H. 2. S. 345. ff. — 2466. 1825. Febr. S. 174. —

b) Entzündung der äusseren Geschlechtstheile.

§. 478.

Die Entzündung der äusseren Geschlechtstheile kommt vorzüglich nach der Geburt vor, uud entsteht nach längerem Verweilen des Kopfes im Scheideneingange und nach geburtshülflichen Operationen. Schmerz und Gefahr des Ueberganges in Eiterung oder in Brand sind die Folgen derselben. Da Quetschung die Ursache ist, die äussere Anwendung der Kälte aber aus Rücksicht des Wochenzustandes vermieden werden muss, so sind lauwarme Ueberschläge von Bleiwasser mit Opium, oder von aromatischen Aufgüssen mit Wein vorzunehmen. Sorgfältige und wiederholte Reinigung der Geschlechtstheile ist sehr nothwendig, und bei höherem Grade der Entzündung ist die Anwendung der Blutegel zu empfehlen.

c) Entzündung der Brüste.

§. 479.

Die Entzündung der Brüste kommt seltener während der Schwangerschaft, häufiger während des Wochenbettes vor. Während der Schwangerschaft entsteht eine entzündliche Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Brüste bei vollsaftigen Personen durch Congestion und abnorme Turgescenz der Brüste, oder

bei sehr sensibelen Schwangeren durch eine krankhafte Reizbarkeit des Geschlechtssystemes. Sie ist mehr lästig, als bedeutend, und wird in den meisten Fällen, ohne in Eiterung überzugehen, zertheilt. Man bedeckt die Brüste mit Kaninchenfell oder Flanell, vermeidet allen Druck, befördert die Darmexcretion durch Bitterwasser oder Bittersalz, und nimmt bei sehr plethorischem Zustande ein Aderlass vor. Bei grosser Spannung der Brüste reibt man Mandel- oder Hyoscyamusöl ein.

§. 480.

Häufiger und von grösserer Bedeutung ist die Entzündung der Brüste während des Wochenbettes. Im geringeren Grade der Entzündung ist die Brust gespannt, hart, zuweilen höckerig und schmerzhaft: im höheren Grade sind diese Erscheinungen, besonders der Schmerz, sehr heftig, die Brust ist äusserlich geröthet und heiss, und es ist Fieber vorhanden. Im ersten Falle ist häufig noch Zertheilung möglich, im letzteren tritt meistens Eiterung ein. — Die Ursachen sind Störung des Säugegeschäftes, Erkältung, sowohl allgemeine, als auch örtliche der Brust, gastrische Zustände, Gemüthsbewegungen u. s. w.

§. 481.

Bei der Behandlung, welche zunächst die Zertheilung herbeizuführen trachten muss, ordnet man ein antiphlogistisch-diaphoretisches Verfahren an, indem man bei ruhigem Verhalten im Bett und strengem Vermeiden eines störenden Temperaturwechsels, innerlich ölige Emulsionen mit Salmiak und Vinum stibiatum, zum Getränke schwachen Thee und wenig näh-

rende Diät anräth: bei gleichzeitig gastrischem Zustande giebt man abführende Mittel, Tamarinden mit Natrum oder Kali sulphuricum. Die entzündete Brust wird durch ein über der entgegengesetzten Schulter geknüpftes Tuch unterstützt, Kräuterkissen, Baumwolle, oder ein sorgfältig bereitetes Hasen - oder Kaninchenfell aufgelegt, und die Milchausleerung durch Anlegen des Kindes oder die Milchpumpe möglichst befördert: mässig warme Dampfbäder, an die Brüste geleitet, unterstützen dieselbe sehr. Bei grosser Spannung kann man etwas erwärmtes Mandelöl einreiben. Alle Pflaster, warme, feuchte Umschläge u. s. w. dienen nur dazu, die Eiterung herbeizuführen. Erfolgt die Zertheilung, so muss die Brust noch einige Zeit besonders warm bedeckt bleiben, und die Milchausleerung sorgfältig unterhalten werden.

§. 482.

Geht die Entzündung in Eiterung über, welches durch den Eintritt eines Frostes, klopfenden Schmerz und weissliche Färbung in der Mitte der rothen Entzündungsgeschwulst erkannt wird, so sind erweichende Breiumschläge das vorzüglichste Mittel; sie werden so lange fortgesetzt, bis der Abscess gezeitigt ist, und nur während der Nacht legt man ein Deckpflaster, wozu man mit Vortheil gleiche Theile des Emplast. Cicut. und Galban. crocat. nimmt, über, und bedeckt die Brust mit Baumwolle oder einem Felle: am folgenden Morgen setzt man die Breiumschläge wieder fort. Die Eröffnung des Abcesses soll wo möglich der Natur überlassen bleiben, und nur wenn sie bei vollkommener Zeitigung zögert, nimmt man sie künstlich mit einer mit der Schneide gegen die Brustwarze ge-

richteten Lanzette vor. Die Entleerung des Eiters muss durch sanftes Streichen mit Vermeiden alles Druckes geschehen, es wird keine Wieke eingelegt, wodurch die Narbe nur vergrössert wird, und die Breiumschläge noch ein bis zwei Tage nach der Eröffnung fortgesetzt. — Der Ausgang der Entzündung in Verhärtung ist selten, und die letztere wird durch sorgfältiges Fortsetzen des Säugegeschäftes, und Auflegen eines Seifen - oder Cicutapflasters in einiger Zeit zertheilt.

d) Entzündung und Wundseyn der Brustwarzen.

§. 483.

Die Entzündung und das Wundseyn der Brustwarzen kommt in den ersten acht bis vierzehn Tagen des Säugegeschäftes besonders bei Erstgebärenden, vor; die Warzen werden empfindlich, aufgesprungen, entzündet, geschwollen, höchst schmerzhaft und zuweilen auch eiternd. Die Ursachen sind zarte Constitution und besondere Hautbeschaffenheit, kleine Warzen, zu häufiges Anlegen des Kindes, Unreinlichkeit und Erkältung. Die Folge ist grosse Schmerzhaftigkeit des Säugens des Kindes, Schwierigkeit der Heilung während der Fortsetzung desselben, und in dem höchsten Grade Unmöglichkeit des Stillens an der betreffenden Brust.

§. 484.

In dem geringeren Grade, bei Empfindlichkeit der Brustwarze beschränkt sich die Behandlung auf öfteres Waschen mit verdünntem Weingeiste oder

Wein, und gleichzeitiges gelind diaphoretisches Verhalten. Bei eingetretener bedeutenderer Entzündung, Anschwellung und grosser Schmerzhaftigkeit bestreicht man die Warze öfters mit einer Mischung aus gleichen Theilen Mucilago Gumm. arab. und Mandelöl, und bei eingetretener Eiterung setzt man derselben noch Borax und Balsam. peruvian. zu: zugleich legt man das Kind nur so oft an die Brust, als es nothwendig ist, um der Anhäufung der Milch in derselben zu begegnen. — Das Säugen durch Warzenhütchen, Schwämme, Kuheuter, und andere empfohlene Vorrichtungen, hat sich nur in seltenen Fällen hülfreich erwiesen.

Unter den verschiedenen empfohlenen Compositionen sind neuerlich folgende angegeben worden: 1) von Müller; Rc. Pulv. Gumm. ar. ℥ij. — Balsam. peruv. ℥j. — Ol. Amygdalar. ℥jß. — Aq. Rosar. ℥j. m. — (S. No. 2201. 2. St. S. 334.); — 2) von Sibergundi: Rc. Extr. Op. aquos. gr. j. solv. in aq. calc. ust. rec. par. — Ol. Amygd. dulc. rec. et frig. express. āā ℥iij. — m. (S. No. 848. B. X. St. 3.) — 3) Von Harless: Rc. Borac. ℥j. — Vitell. ov. — alb. ov. āā ℥ij — iii. — Ol. Amygd. d. ℥j. — Bals. peruv. nigr. genuin. ℥ß. — subig. exact. S. Mittelst Charpie aufgelegt. — Bei grosser Empfindlichkeit soll der Balsam. peruv. vermindert oder weggelassen, und durch 3—4 Gran Opium oder 15 Gran Extr. Hyoscyami ersetzt werden. In anderen Fällen sah Harless statt des Borax gute Wirkung von Vitriol. Zinc. ℥ß. (Ebendas.) Die Anwendung einer Sublimatauflösung, welche ohne Zweifel gute Dienste leistet, kann wegen der Gefahr für das Kind nicht empfohlen werden. (Vergl. No. 1028. 1822. Sept. — 2465. B. IV. H 2. S. 240.); eben so die Auflösungen von schwefelsaurem Zink, essigsaurem Blei, schwefelsaurem Kupfer, salpetersaurem Silber, Alaun u. s. w. (Vergl. No. 325.)

3. Putrescenz der Gebärmutter.

§. 485.

Mit der Benennung Putrescenz der schwangeren Gebärmutter bezeichnet man eine Mortification der inneren Oberfläche der Gebärmutter, besonders des Mutterhalses, welche sich weiter und tiefer verbreitend Fäulniss der abgestorbenen Gebilde und gemeiniglich den Tod der Kranken zur Folge hat. Obgleich nicht zu läugnen ist, dass die Constitution des Weibes sehr viel Einfluss auf die Entstehung hat, und dass die Krankheit als selbstständiges primäres Absterben der Wandung des Uterus, auf gleiche Weise, wie die organische Auflösung und Erweichung anderer Gebilde, vorkommen kann, so findet man doch in den meisten Fällen, dass sie mit Bestimmtheit als Folge vorausgegangener Entzündung eingetreten ist. In dem ersten Falle beruht das Wesen der Krankheit auf herabgestimmte Vitalität des Uterus, in dem zweiten Falle ist sie ein Ausgang der Entzündung desselben in Brand. Nach Jörg besteht das Wesentliche der Krankheit in einem durch unzulängliche Bildungskraft bedingten Absterbungsprocess der hinfälligen Haut, welcher bis in die Substanz des Uterus eindringt. Mit grösserer Wahrscheinlichkeit ist anzunehmen, dass sie eine auf individueller Anlage beruhende Form des Kindbettfiebers ist.

§. 486.

Als Anlage zu der Putrescenz der Gebärmutter nimmt man eine schlaffe, leucophlegmatische Constitution, und als Gelegenheitsursachen ungesunde, feuchte Wohnung und Luft, unzureichende und schlechte Nah-

rung und Bekleidung, niederschlagende Leidenschaften u. s. w. an; doch mag in vielen Fällen bei dieser vorhandenen Anlage länger dauernder Druck des Mutterhalses zwischen dem Kopfe, der Frucht und dem Becken die Gelegenheitsursache abgeben.

§. 487.

Schon während der Schwangerschaft soll der Anfang der Krankheit stattfinden, und man nimmt alsdann als Erscheinungen bleiches, aufgedunsenes Aussehen, allgemeine Schwäche, und Verminderung der Ausdehnung und der Derbheit des Uterus an: auch lässt sich schlaffe Beschaffenheit des Mutterhalses und der Scheide voraussetzen. Nach der Geburt, welche bald vor dem regelmässigen Zeitpunkte, bald durch verschiedene krankhafte Zustände gestört, erfolgt, tritt bald fieberhaftes Allgemeinleiden, Störung der Wochensecretion, gestörte Thätigkeit der Haut und der Brüste, übelriechende, faulige Lochien, örtliche Entzündung der Unterleibsorgane, seröse Ergiessungen in die Unterleibshöhle u. s. w. ein, und der Tod ist der häufigste Ausgang. Bei der Section findet man die innere Oberfläche der Gebärmutter, besonders des Mutterhalses, mit einer schwärzlichen, schmierigen und übelriechenden Materie überzogen, welche sich nicht rein von der Wandung der Gebärmutter absondern lässt, sondern bis in dieselbe hinein fortgesetzt erscheint; die ganze übrige Substanz der Gebärmutter ist schlaff, und zeigt zuweilen noch Spuren der vorhanden gewesenen Entzündung.

§. 488.

Die Behandlung während der Schwangerschaft verspricht noch die grösste Hoffnung der Herstellung, wenn die Krankheit schon während derselben erkannt wird: man ordnet in dieser Zeit eine nährende und stärkende Diät, Genuss eines guten Weines, Aufenthalt in reiner Luft, aromatische Kräuterbäder, geistige Waschungen des Unterleibes, und innerlich die Mineralsäuren, besonders die Phosphorsäure, die China, Eisenmittel u. s. w. an. Nach der Geburt tritt die Behandlung des fauligen Kindbettfiebers ein, indem vorzüglich die Wochensecretionen gefördert werden, und in der entzündlichen Periode Oelemulsionen mit Vinum stibiatum und besonders reichliche Injectionen eines Cicutadecoctes angewendet werden. Tritt die Putrescenz mehr hervor, nachdem die Entzündung ganz oder grössten Theils beseitigt ist, so werden Mineralsäuren, China u. s. w. innerlich gereicht, während die Injectionen in den Uterus mit besonderer Sorgfalt fortgesetzt werden. Das Anlegen der örtlichen Arzneimittel auf Charpiebäuschchen, welche mittelst eines eigenen Instrumentes, Porte-Plumaceaux, an die mortificirten Stellen des Uterus gebracht werden sollen, wie Boër empfiehlt, ist nutzlos, und mag in manchen Fällen sogar Schaden bringen.

Vergl. No. 236. Th. III. S. 73. — 964. — 1015. 1822. H. 6. — 1028. 1821. Oct. — 1079. B. II. S. 1. — 1317a. — 1836. B. XVIII. H. 2. — 1939. — 2040. B. III. St. 3. S. 381. — 2198. — 2465. B. II. St. 1. S. 77. — 2472. —

4. Blutflüsse aus den Geschlechtstheilen.

§. 489.

Die Blutflüsse aus den Geschlechtstheilen sind bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen von der höchsten Bedeutung, da sie in vielen Fällen die übelsten Folgen nach sich ziehen, und die Erfahrung zeigt, dass die Mehrzahl der während oder bald nach der Geburt gestorbenen Frauen durch Blutverlust ihr Leben verloren haben.

A. Blutflüsse während der Schwangerschaft.

§. 490.

Wenn während der Schwangerschaft Blut aus den Genitalien ergossen wird, so ist diese Erscheinung von grosser Wichtigkeit, da sie bald als Vorläufer des Abortus, bald als Begleiter des Sitzes der Placenta auf dem Mutterhalse vorkommt, bald aber auch von geringerer Bedeutung ist.

§. 491.

a) Blutflüsse von fortdauernder Menstruation sind in den ersten zwei Monaten ziemlich häufig, in den späteren Monaten werden sie jedoch nur selten beobachtet: als eine höchst seltene Erscheinung findet man es, dass die Menstruation ausser der Schwangerschaft nicht vorhanden ist und nur während der Schwangerschaft eintritt. Man erkennt diesen Blutfluss daran, dass er periodisch, doch meistens etwas unordentlich, eintritt, von mässiger Stärke ist, und keine Störung des Allgemeinbefindens hervorbringt. Das Blut kommt zwar häufig aus dem Muttermunde, doch übernehmen auch in vielen Fällen die Gefässe

der Scheide bei der periodisch eintretenden Congestion die Blutergiessung. Die Behandlung beschränkt sich auf horizontale Lage während der Dauer des Blutflusses und etwas eingeschränkte Diät: bei bedeutenderem Blutabgange giebt man innerlich Mineralsäuren, und bei plethorischem Zustande nimmt man ein Aderlass am Arme vor.

§. 492.

b) **Blutflüsse aus geborstenen Blutaderknoten der Mutterscheide** kommen nicht selten vor, und finden vorzüglich bei Schwangeren von schlaffer, schwammiger Constitution statt. In den meisten Fällen ist die ergossene Blutmenge nur unbedeutend, der Blutfluss tritt aber öfters wiederholt ein; zuweilen wird jedoch eine grössere Blutmenge ergossen. Horizontale Lage, der innere Gebrauch der Mineralsäuren und bei stärkerem Blutverluste der Gebrauch des Tampons sind hier zu empfehlen. — Auf gleiche Weise werden die Blutflüsse von einem Abscesse der Scheide oder Krebsgeschwüren behandelt.

§. 493.

c) **Blutflüsse von theilweiser Lösung des Eies oder der Placenta** sind die gefährlichsten, da sie häufig Vorboten des Abortus oder Erscheinungen des abweichenden Sitzes der Placenta sind. Das Blut kommt dabei aus dem Muttermunde, und die Ursachen bestehen entweder in äusserer Gewalt, oder in activen oder passiven Congestionen, oder in der Entwickelung des Mutterhalses in den letzten drei Monaten der Schwangerschaft bei dem Sitze der Placenta auf demselben. Die Decidua wird dadurch von der

Uteruswandung losgetrennt, und die erweiterten Gefässmündungen des Uterus ergiessen eine grössere oder geringere Menge Blut. Betrifft die erfolgte Trennung nur eine Stelle des Chorions, so ist sie von geringerer Bedeutung, weil die Uterusgefässe daselbst nicht so sehr entwickelt sind; schon grösser ist diese, wenn ein Theil der Placenta gelöst ist, am grössten aber wenn die Placenta gleichzeitig auf dem Mutterhalse ihren Sitz hat. In den ersten Fällen erfolgt nicht selten ein früherer Eintritt der Geburt, in dem letzteren jedoch periodisch wiederkehrende und zuweilen sehr bedeutende Blutflüsse, und häufig auch Frühgeburt.

§. 494.

Die Behandlung ist nach den Ursachen verschieden, in allen Fällen ist aber gleich nach dem Eintritte des Blutflusses eine horizontale Lage anzunehmen. Wenn eine äussere Gewalt vorausgegangen ist, so ist bei einer ruhigen Lage in allen Fällen ein Aderlass am Arme vorzunehmen, wo in der Constitution keine Gegenanzeige liegt, welches auch hier, abgesehen von dem Blutflusse, das beste Mittel ist, um den nach der Einwirkung äusserer Gewalt drohenden Abortus abzuwenden. Innerlich giebt man eine Mohnsamenemulsion mit einem leichten Kühlsalze. Die horizontale Lage muss einige Tage beibehalten werden, und der Zufall wird, wenn die Einwirkung nicht zu stark war, gewöhnlich ohne weitere Folgen vorübergehen. Doch findet man in solchen Fällen nicht selten später bei der Geburt die Placenta regelwidrig fest anhängend.

§. 495.

Wenn Congestionen die Ursache der theilweisen Lösung des Eies waren, so unterscheidet man, ob dieselben bei starker plethorischer Constitution oder schlaffer, schwammiger Constitution stattfanden. Im ersten Falle ist durch ein Aderlass am Arme eine hinreichende Quantität Blut zu entziehen, und bei eingeschränkter Diät und ruhiger horizontaler Lage innerlich Nitrum u. dgl. m. zu gebrauchen. Im zweiten Falle ist bei vorhandenem Blutreichthume zwar auch noch ein Aderlass zu veranstalten, ausserdem aber innerlich Mineralsäuren, bei hoher Empfindlichkeit in Verbindung mit Opiumtinctur, zu reichen. Bei sehr hohem Grade des Blutflusses kann man hier den Tampon anwenden, da kein innerer Blutfluss von Bedeutung stattfinden kann: doch tritt alsdann meistens die Geburt vor der Zeit ein, und wird nach den Regeln behandelt (§. 705. ff.)

§. 496.

Wenn der Blutfluss von dem Sitze der Placenta auf dem Mutterhalse herrührt, so ist er von der höchsten Bedeutung. Nicht in allen Fällen dieser Art treten in der Schwangerschaft Blutflüsse ein, sondern zuweilen erfolgen dieselben erst mit dem Eintritte der ersten Wehen. Häufiger jedoch kommen nach der 28sten Woche von Zeit zu Zeit Blutflüsse, welche wieder aufhören, um nach acht bis vierzehn Tagen von Neuem einzutreten, und wobei nicht selten der Sitz der Placenta bereits erkannt wird. Sie sind von verschiedener Stärke und stören zuweilen die Schwangerschaft nicht, so dass diese ihr regelmässiges Ende erreicht: in anderen Fällen treten sie aber schon frü-

her mit grösserer Heftigkeit ein, so dass entweder die Frucht abstirbt und dadurch die Frühgeburt veranlasst wird, oder während eines stärkeren Anfalles des Blutflusses sich Wehen einstellen. Die Menge des ausgeleerten Blutes ist dabei nicht selten so bedeutend, dass die grösste Lebensgefahr der Mutter dadurch bedingt wird.

§. 497.

Die Behandlung besteht zunächst darin, dass man in einer horizontalen Lage und bei kühler Zimmertemperatur die Schwangere sich ruhig verhalten lässt. Bei plethorischer Constitution ist innerlich Nitrum, bei schlaffer Constitution Mineralsäuren, nach den Umständen in Verbindung mit Opiumtinctur, zu gebrauchen: das Aderlass ist ganz zu vermeiden. Bei einem stärkeren Anfalle des Blutflusses tamponirt man die Scheide bis an den Muttermund sorgfältig, und wendet bei eintretenden Ohnmachten Zimmttinctur mit Naphta u. dgl. mehr an. Der Eihautstich zur Beförderung der Geburt ist hier durchaus verwerflich, und die gewaltsame Entbindung (*Accouchement forcé*) darf nur dann vorgenommen werden, wenn bei einem sehr gefahrdrohenden Blutflusse die Frühgeburt schon wirklich begonnen hat.

B. Blutflüsse während der Geburt.

§. 498.

Die Blutflüsse während der Geburt können in ihren Folgen bald unbedeutend, bald aber auch von der höchsten Bedeutung seyn, je nachdem ihre Quelle und die Zeit ihres Eintrittes verschieden ist. In den ersten

vier Geburtsperioden entstehen sie aus theilweiser Lösung der Placenta, aus dem Sitze der Placenta auf dem Muttermunde, aus einem geborstenen Varix und aus Verletzungen der Geschlechtstheile: in der fünften Geburtsperiode entstehen sie aus theilweiser Lösung der Placenta, Adynamie der Gebärmutter und Krampf derselben.

§. 499.

a) Blutflüsse von partieller Lösung der Placenta vor der Ausschliessung des Kindes nimmt man an, wenn das Blut aus dem Muttermunde hervordringt, und keine Erscheinung auf Zerreissung der Gebärmutter oder der Nabelschnur schliessen lässt. Ausser äusserer Gewaltthätigkeit entstehen dieselben vorzüglich durch zu grosse Festigkeit der Eihäute, zu kurze oder umschlungene Nabelschnur und durch Ueberarbeiten der Wehen. Die Placenta kann dabei an ihrer regelmässigen Stelle sitzen, doch wird man gemeiniglich finden, dass sie dem Mutterhalse näher ihren Sitz hat. Die Vorhersagung bei diesen Blutflüssen ist nicht sehr ungünstig.

§. 500.

Bei der Behandlung derselben lässt man die Kreissende eine ruhige horizontale Lage annehmen und die Wehen mässig verarbeiten. Darauf nimmt man bei regelmässiger Lage der Frucht den Wassersprung vor, wodurch die Uteruswandung verkleinert und gewöhnlich der Blutfluss gestillt wird. Wenn in seltenen Fällen der Blutfluss in bedeutender Stärke fortdauern sollte, so tamponirt man die Mutterscheide bis an den Muttermund sorgfältig, und nur wenn auch

dann noch der Blutfluss fortdauert, nimmt man die künstliche Entbindung nach den Regeln vor. — Blutflüsse von dem Sitze der Placenta auf dem Muttermunde werden nach den Regeln behandelt (§. 788. ff.)

§. 501.

b) Blutflüsse aus einem geborstenen Varix in der Mutterscheide oder an dem Muttermunde sind zuweilen sehr bedeutend, und entleeren, zumal wenn sie verkannt werden, in kurzer Zeit eine nicht unbedeutende Blutmenge. Man erkennt sie durch die innere Untersuchung, indem die Quelle des Blutes dabei leicht aufgefunden wird. Auf die blutende Stelle legt man einen in Essig getauchten Charpiepfropf und füllt die Scheide mit Charpie aus. Wenn die Blutung bei dem Vorrücken der Geburt sich nicht stillen will, so beendigt man die letztere durch die Kunst. — Blutflüsse von Verletzungen der Geschlechtstheile werden nach den Regeln erkannt und behandelt.

§. 502.

c) Blutflüsse in der fünften Geburtsperiode sind von grosser Bedeutung und fordern die aufmerksamste Behandlung. Sie entstehen aus Trägheit oder aus Krampf der Gebärmutter, oder aus unvollkommener Lösung der Placenta und werden nach den Regeln behandelt.

C. Blutflüsse nach der Geburt.

I. Blutflüsse aus der Gebärmutter.

§. 503.

Wenn nach der Ausschliessung des Kindes und der Nachgeburt ein stärkerer Blutfluss, als derselbe

regelmässig beobachtet wird, aus der Gebärmutter erfolgt, so wird derselbe dadurch erkannt, dass der in die Mutterscheide eingeführte Finger das Hervorkommen des Blutes aus dem Muttermunde bemerkt. Die Ursachen sind zu schnelle Entfernung der Placenta, erhitzende Arzneien und Getränke, und zu grosse Gaben narcotischer Mittel während der Geburt, Ueberarbeiten der Wehen, Vollblütigkeit des Körpers, Atonie der Gebärmutter, Krampf derselben, gewesener Sitz der Placenta am Mutterhalse und Verletznng des Mutterhalses. Der Blutfluss ist entweder offenbar *(Haemorrhagia aperta)*, oder verborgen, indem sich das ergossene Blut in dem Uterus anhäuft *(Haemorrhagia occulta)*. Die Folgen sind bleiche Farbe des Gesichtes und der Lippen, Kälte des Gesichtes und der Extremitäten, Sinken und endlich Verschwinden des Pulses, Gähnen, Brausen vor den Ohren, Dunkelheit vor den Augen, Angst, Mangel des Athems und Oppression der Brust, Schmerz in der Herzgrube, Erbrechen, Ohnmachten, Convulsionen und der Tod.

§. 504.

Die Prognose bei den Blutflüssen nach der Geburt ist immer sehr zweifelhaft, und der Zufall sehr zu beachten. Je grösser die Menge des in kurzer Zeit ausgeleerten Blutes ist, desto schneller treten die gefährlichen Zufälle ein, gehen aber auch, wenn der Blutfluss aufhört, bald vorüber; wenn aber das Blut sehr allmählig ausgeleert wird, so treten die Zufälle zwar erst spät ein, sind aber alsdann auch dauernder und schwerer zu heben. Die Constitution, sowohl rücksichtlich des Eindruckes des Blutverlustes auf das Nervensystem, als auch rücksichtlich der grösseren oder

geringeren Leichtigkeit des Ersatzes des Blutverlustes, ist dabei in Anschlag zu bringen. — Vorzüglich aber ist der Character des Blutflusses zu berücksichtigen.

§. 505.

a) Der Blutfluss aus Vollblütigkeit ist nichts anderes als eine Krisis; er ist wohlthätig, indem er die übermässige Blutmenge vermindert. Bei horizontaler Lage und ruhigem Verhalten der Entbundenen beobachtet man nur, ob die Gebärmutter sich regelmässig zusammenzieht. Zuweilen tritt aber bei längerer Dauer dieses Blutflusses Atonie der Gebärmutter oder Krampf derselben ein, und dann wird er nach den Regeln behandelt (§§. 505—511).

§. 506.

b) Der Blutfluss aus Atonie der Gebärmutter ist einer der gefährlichsten; mit der Verminderung der Blutmenge, also mit der Dauer des Blutflusses nimmt die Atonie des Uterus zu und steigt bis zur Lähmung dieses Organs. Er tritt ein bei laxer, schwammiger Constitution, bei schlaffer Beschaffenheit des Uterus, nach langdauernden Geburten, nach übereilten Geburten, nach schweren Operationen, nach zu schneller Entfernung der Placenta, nach zu starkem Gebrauche narcotischer Mittel u. s. w. Man erkennt diese Art des Blutflusses, indem man bei der äusseren Untersuchung den Unterleib weich, den Uterus nicht zusammengezogen, oder nur auf kurze Zeit zusammengezogen und dann wieder weich, weit und sackartig, und bei der inneren Untersuchung den Muttermund reizlos, schlaff und geöffnet findet; die Nachwehen fehlen dabei.

§. 507.

Die Behandlung ist vorzüglich dahin gerichtet, Contractionen der Gebärmutter hervorzurufen und den Folgen der Blutentleerung zu begegnen; ausserdem hat man Mittel vorgeschlagen, um den Zutritt des Blutes zu dem Uterus und den Austritt des Blutes aus demselben mechanisch zu hindern. — Um Contractionen hervorzurufen, wendet man innerlich die Ratanhia- und Zimmttinctur, die China, die Phosphor- und andere Mineralsäuren, und nach Einigen auch das Mutterkorn an; doch ist es rathsam, nur abwechselnd mit den genannten Mitteln dasselbe zu reichen: die inneren Mittel werden in grossen Gaben nothwendig. Aeusserlich macht man Frictionen des Muttergrundes, drückt denselben mit der Hand zusammen, legt eine gutschliessende Bauchbinde um, macht möglichst kalte Ueberschläge über den Unterleib, legt Schnee in einem Sacke über denselben, oder legt einen Sandsack, mit 8 bis 10 Pfund Sand gefüllt, über. Bei fortdauernder Reizlosigkeit des Uterus macht man Einspritzungen in denselben von Wasser, mit Weingeist oder Essig reizend gemacht, welche jedoch nur mässig kühl seyn dürfen. Bleibt Alles unwirksam, so führt man die Hand in den Uterus, entfernt das geronnene Blut, reizt dessen Wandung durch sanfte Bewegung, und lässt sie, wenn die Blutung stillesteht, noch einige Zeit ruhig liegen: in gleicher Absicht hat man vorgeschlagen, eine geschälte Citrone in den Uterus zu bringen.

§. 508.

Um den Zutritt des Blutes zu dem Uterus abzuhalten, räth man die Aorta abdominalis durch die

Bauchdecken, oder durch die in den Uterus eingeführte Hand zu comprimiren: da sehr wenig Wahrscheinlichkeit dafür vorhanden ist, dieses bedeutende Gefäss auf diese Weise einigermassen dauernd zu schliessen, so ist der zuweilen eingetretene günstige Erfolg vielmehr der dadurch veranlassten Reizung und erfolgten Contraction der Gebärmutter zuzuschreiben. Auch das empfohlene Binden der Extremitäten ist hierzu durchaus erfolglos, findet aber in einer anderen Rücksicht (§. 509.) seine Stelle. Schädlich ist das Einführen einer Blase in den Uterus, um durch Aufblasen derselben die blutenden Gefässe mechanisch zu schliessen; eben so ist auch in diesem Falle das Tamponiren der Mutterscheide durchaus schädlich; als allen Regeln widersprechend ist die Empfehlung des Tamponirens der Gebärmutter selbst, mittelst Ausstopfung derselben durch Charpiebauschen in Weingeist getaucht, gänzlich zu verwerfen.

§. 509.

Wenn die Folgen des Blutverlustes, die Ohnmachten und Todschwäche, eingetreten sind, so fordern sie eine sehr aufmerksame und thätige Hülfe, weil der Tod nur allzuleicht während dieses Zustandes erfolgt. Man sucht zunächst die gesunkene Nerventhätigkeit zu erheben, und giebt oft wiederholte Gaben von Naphta, Valerianatinctur, Opiumtinctur, Castoreumtinctur, Moschus, Serpentaria- und Valerianaaufguss mit Zimmttinctur u. s. w. Man wendet Riechmittel und äussere Reizmittel an, macht Ueberschläge von erwärmtem Wein über den Kopf und über die Brust, mit Einschluss der Präcordien, während bei fortdauerndem Blutflusse kalte Ueberschläge auf den Unterleib

fortgesetzt werden: hat der Blutfluss unterdessen aufgehört, so sind Einwickelungen der Extremitäten, besonders der unteren, von dem Endpunkte gegen den Rumpf aufsteigend, sehr nützlich, um den Gefässstämmen und besonders dem Herzen und den Lungen, das fehlende Blut zuzuführen. Bleibt dieses unzureichend, so ist die Transfusion von menschlichem oder thierischem Blute in eine Armvene zu empfehlen, und zuweilen das einzige Rettungsmittel.

§. 510.

c) Der Blutfluss aus Krampf des Uterus entsteht entweder aus primär krankhaften Leiden des Uterus, durch Anlage und im Geburtsverlaufe begründet, oder durch secundären Krampf dieses Organs, welcher von einem zurückgebliebenen Placentenreste oder Blutcongulum entstanden ist und unterhalten wird. — Der periodisch eintretende krampfhafte Schmerz, welcher bald nur in dem Uterus, bald gleichzeitig in der Kreuzgegend bemerkt wird, der stets nur nach demselben eintretende und nachher wieder aufhörende Blutfluss, der kleine, zusammengezogene und bald sehr langsame, bald aber auch schnellere Puls, das krampfhafte Würgen und Erbrechen, die Oppression der Brust, Angst und Beklemmung, und besonders der zusammengezogene und hoch, zuweilen bis gegen die Herzgrube, gemeiniglich aber etwas rechts stehende und bei Berührung empfindliche Muttergrund, lässt diesen Zustand ohne Schwierigkeit erkennen. Die Prognose ist, wenn der Krampf bald gehoben wird, nicht ungünstig, da gemeiniglich die Menge des entleerten Blutes nicht sehr gross ist; bei längerer Fortdauer des Krampfes, besonders wenn dieser Zustand über den

ersten Tag nach der Entbindung hinausdauert, wird die Prognose theils durch den Blutverlust, theils durch den Eindruck auf das Nervensystem ungünstig, und zuweilen höchst bedenklich, indem alsdann der Tod nicht selten eintritt.

§. 511.

Die Behandlung verlangt strenges Vermeiden der kalten Ueberschläge und der stärkeren, die Contraction befördernden Mittel. Innerlich empfiehlt sich das Opium in kleinen öfters wiederholten Gaben, und wo dieses nicht vertragen wird, das Castoreum; bei bedeutenderem Leiden der Serpentaria- oder Valerianaaufguss mit Liq. CC. succ. und Opiumtinctur und Dovers Pulver; besonders wirksam zeigt sich die Tinctura Ambrae cum Moscho. Auf die empfindliche Stelle der Gebärmutter macht man Einreibungen mit erwärmtem Hyoscyamusöl, legt warme Tücher über und macht mässig erwärmte Injectionen in den Uterus aus einem Infuso-Decocte von Chamillen und Cicuta. Erst wenn der Krampf nachlässt, giebt man innerlich die Zimmttinctur in Verbindung mit Opiumtinctur. Wenn der Krampf von einem Placentenreste oder Blutcoagulum unterhalten wird, so muss dasselbe durch die Kunst entfernt werden, nachdem die krampfstillenden Mittel vorläufig angewendet worden sind, um den operativen Eingriff ertragen zu lassen; — vorzüglich zu vermeiden ist die Anwendung des Tampons.

§. 512.

d) Der Blutfluss aus den Gefässen des Mutterhalses entsteht vorzüglich, wenn die Placenta entweder ihren Sitz auf dem Muttermunde oder einer

Seite des Mutterhalses, besonders nach vorn, gehabt hat; in diesem letzteren Falle ist die Geburt gewöhnlich regelmässig beendigt worden. Der Gebärmuttergrund wird an seiner regelmässigen Stelle, nahe über den Schambeinen, und zusammengezogen gefunden, und bei der inneren Untersuchung findet man, dass das Blut aus dem Muttermunde hervorkommt. Die Ursache dieses Blutflusses liegt in der Entwickelung der Blutgefässmündungen durch den Sitz der Placenta an dem unteren Gebärmutterabschnitte, welcher nur langsam zurückgebildet werden kann. Die Prognose ist vorzüglich nur dann ungünstig, wenn der Fall verkannt wird.

§. 513.

Bei der Behandlung hat man zunächst darauf zu sehen, dauernde Zusammenziehung des Muttergrundes hervorzubringen, um einer inneren Blutung vorzubeugen. Ein kalter Ueberschlag über den Gebärmuttergrund und einige Gaben der Zimmttinctur und dgl. m. sind daher sehr zu empfehlen. Nächstdem ist es aber vorzüglich nothwendig, den Bluterguss örtlich zu stillen. Kalte Injectionen wirken zu vorübergehend und sind darum nicht zu empfehlen: besser wirkt die in den Mutterhals eingelegte Hand, oder das Tamponiren der Scheide bis an den Muttermund, wobei jedoch stets darauf zu sehen ist, dass die Gebärmutter gut contrahirt ist.

§. 514.

c) Der Blutfluss aus einer Verletzung des Mutterhalses wird erkannt, wenn bei guter Zusammenziehung des Muttergrundes nahe über den

Schambeinen der innerlich untersuchende Finger die Quelle des Blutflusses in der Verletzung des Mutterhalses findet. In der Regel hat man nicht nöthig, etwas gegen diesen Blutfluss zu unternehmen, indem er sich bald von selbst sisirt und für die Verletzung heilsam ist. Bei längerer Dauer indessen wird er wie der zuletzt erwähnte Blutfluss (§. 513.) behandelt, nur mit dem Unterschiede, dass der Tampon immer der Einführung der Hand vorzuziehen, und die letztere vielmehr zu vermeiden ist.

II. Blutflüsse aus der Mutterscheide.

§. 515.

a) Der Blutfluss aus einem geborstenen Varix oder, in dem seltensten Falle, aus einem geborstenen Anevrisma der Mutterscheide, wird erkannt, wenn bei regelmässig über den Schambeinen zusammengezogenem Muttergrunde der innerlich untersuchende Finger bemerkt, dass das Blut nicht aus dem Muttermunde hervortritt, und bei genauerer Untersuchung die Quelle desselben in dem geöffneten Blutgefässe der Mutterscheide findet. Nicht selten hört der Blutfluss ohne Hülfe der Kunst bald auf und ist überhaupt unbedeutend, zuweilen aber ist er sehr bedeutend und selbst lebensgefährlich, indem eine grosse Menge Blutes in kurzer Zeit ergossen wird. Man tamponirt alsdann die Mutterscheide und besonders die Stelle des geborstenen Gefässes sorgfältig, während man gleichzeitig die Fortdauer der Contraction der Gebärmutter unterstützt, um eine innere Blutung zu verhüten. In leichteren Fällen reicht es zu, die Gefässöffnung einige Zeit lang mit der Fingerspitze zu

schliessen. — Ist ein Theil des ergossenen Blutes in das Zellgewebe getreten und dehnt eine Schamlippe aus, oder liegt zwischen der Mutterscheide und dem Mastdarme, so wird dasselbe durch einen Einschnitt entleert, um der Entzündung und Eiterung vorzubeugen.

§. 516.

b) Der Blutfluss aus einem Mutterscheidenrisse wird durch die Untersuchung leicht erkannt, und die Prognose ist nicht allein nach der Menge des ergossenen Blutes, sondern auch nach der Bedeutung der gleichzeitigen Verletzung verschieden. Um denselben zu stillen, stehen nur sehr wenige Hülfsmittel zu Gebote, da das beste Mittel bei örtlichen Blutflüssen, der Tampon, nur dazu dienen würde, die Blutung in eine vorborgene zu verwandeln. Es kann nur empfohlen werden, wiederholt einen kleinen, an ein Stäbchen befestigten und in kaltes Wasser getauchten Schwamm an die Verletzung anzudrücken und dann wieder zurückzuziehen.

III. Blutfluss aus einem bedeutenden Dammrisse.

§. 517.

Wenn ein Dammriss eine so bedeutende Blutung nach der Geburt veranlasste, dass ausser dem die Heilung desselben bezweckenden Verfahren vorher schon Hülfe gefordert würde, so legt man einen in kaltes Wasser getauchten Schwamm auf die Verletzung, und erneuert denselben so oft, bis die Blutung gestillt ist. Wenn dieses nicht zureicht, so kann die Unterbindung des blutenden Gefässes vorgenommen werden, welches jedoch nicht leicht nöthig seyn wird.

Vergl. No. 103. — 159. — 185. — 186. — 190. — 193. — 196. — 248. — 291. — 324. — 336. — 379. — 384. — 390. — 401. — 475. — 484. — 485. — 525. — 587. — 645. — 671. — 759. 804. — 939 b. — 1042. — 1130. — 1132. — 1142. — 1149. — 1210. — 1237. — 1262. — 1272. — 1286. — 1291. — 1311. — 1339. — 1567. — 1571. — 1633. — 1743. — 1751 b. Vol. IX. 1818. — Jan. — 1770. — 1771. — 1829. — 1859. — 1896. — 1897. — 1904. — 1914. — 1963. — 2040. — B. V. H. 3. S. 740. — 2051. — 2107. — 2160. — 2167. — 2177. — 2219. — 2222. — 2377. — 2436. — 2465. B. 1. H. 2. S. 315. —

Viertes Kapitel.

Von den krankhaften Zuständen der Absonderungsorgane in den Geschlechtstheilen.

1. Wassersucht der Gebärmutter.

§. 518.

Die Wassersucht der schwangeren Gebärmutter entsteht in der Regel erst nach dem dritten Schwangerschaftsmonate, und ist ihrem Sitze nach verschieden, indem entweder das Wasser in dem Parenchym des Uterus selbst oder zwischen demselben und der

Siebhaut enthalten ist. In dem ersten Falle wird die Gegenwart des Wassers in vielen Fällen gar nicht bemerkt, indem nur selten Wasserausfluss erfolgt; nur während der Geburt zeigt sich Trägheit des Uterus, in der fünften Geburtsperiode Neigung zu passiven Blutflüssen, und während des Wochenbettes wird das Wasser in grösserer oder geringerer Menge mit den Lochien ausgeleert.

§. 519.

Wenn hingegen das Wasser zwischen der Uteruswandung und der Siebhaut befindlich ist, so ist die Menge desselben gemeiniglich grösser, der Uterus bedeutend ausgedehnt, und es erfolgt schon während der Schwangerschaft öfters wiederholter Abfluss von grösseren Quantitäten Wasser durch die Geschlechtstheile, wodurch in manchen Fällen im Verlaufe einiger Zeit eine ausserordentliche Menge Wasser ausgeleert wird. Alsdann erreicht die Schwangerschaft selten ihr regelmässiges Ende, sondern die Frucht wird entweder durch die früher eintretende Geburt ausgestossen, oder stirbt ab und veranlasst dadurch den früheren Eintritt der Geburt.

§. 520.

Die Wassersucht der schwangeren Gebärmutter kommt vorzüglich bei schlaffer, schwammiger Constitution, oder bei zu jugendlichen oder zu alten, bei schwächlichen oder hysterischen Schwangeren vor. Auch zu schnell aufeinander folgende Geburten, wiederholter Abortus, Gebärmutterblutflüsse u. s. w. können eine solche Schwäche der Gebärmuttersubstanz hinterlassen, welche die Ursache dieser krankhaften Wasserausschei-

dung werden kann. Die Diagnose ist durchaus schwierig und dunkel, so lange noch kein Ausfluss des Wassers erfolgt: alsdann ist sie aber leicht.

§. 521.

Die Behandlung der Wassersucht der schwangeren Gebärmutter besteht vorzüglich in Verbesserung der Constitution im Allgemeinen und in Erhöhung der Thätigkeit des Uterus. Bei einer guten, nährenden und leichtverdaulichen Diät ist mässige Bewegung in freier Luft anzurathen, etwas guter Wein zu gestatten, und innerlich aromatische Mittel, mit gelinden tonischen Mitteln verbunden, zu reichen. Die stärkeren Tonica sind nicht anzurathen und die Diuretica geradezu verboten. Besonders nützlich zeigen sich Einreibungen von Linimentum ammoniatum auf den Unterleib, doch dürfen dieselben nur sparsam, höchstens zweimal täglich angewendet werden, um nicht durch zu starke Reizung den zu frühen Eintritt der Geburt zu veranlassen. Die künstliche Entfernung des angehäuften Wassers durch Einführung einer Sonde ist streng zu vermeiden, da sie leicht die Eröffnung der Eihäute und den Abfluss des Fruchtwassers bewirken könnte.

Vergl. No. 225. — 314. April 1825. — 428. — 611. — 732. — 776. — 1095. 1815. I. — 1100b. Tom. XLIII. Jan. 1822. — 2053. — 2432. —

2. Zu grosse Menge des Fruchtwassers.

§. 522.

Die zu grosse Menge des Fruchtwassers ist ein nicht seltenes Ereigniss, und entsteht durch lympha-

tische, schwammige Constitution, oder geringe Bildungsthätigkeit des Uterus, oder, nach Einigen, durch zu grosse Bildungsthätigkeit dieses Organs; immer liegt indessen ein Missverhältniss zwischen der Exhalation und Resorption des Uterus zum Grunde. Der Sitz des Fruchtwassers ist innerhalb der Höhle des Amnions, doch findet man es auch wohl gleichzeitig zwischen Amnion und Chorion, oder zwischen den hinfälligen Häuten oder als Hydrops cellulosus uteri. Die Menge des Wassers steigt gemeiniglich auf drei bis sechs Pfunde, doch wird es auch bis zu zwölf, ja vierundzwanzig Pfund beobachtet. Die Erscheinungen, welche dieser Zustand hervorbringt, sind: ungemeine Ausdehnung des Bauches, wodurch nicht selten grosse Spannung und Schmerzhaftigkeit desselben, besonders in der Lebergegend, veranlasst wird; zuweilen ist Hängebauch damit verbunden; geringes Gefühl der Bewegung der Frucht, zuweilen bei gleichzeitig grossem Kinde auch stärkeres und nach verschiedenen Richtungen vorhandenes Gefühl der Bewegung, und bei Eröffnung des Muttermundes auch ausser den Wehen gespannte Blase. Das Kind ist gemeiniglich klein oder doch schlecht ernährt, doch findet man zuweilen auch ausgezeichnet grosse und entwickelte Kinder.

§. 523.

Der Einfluss bei der Geburt besteht in Mangel an Athem, unwirksamen Wehen aus Atonie der Faser durch die zu grosse Ausdehnung, Umschlingung der Nabelschnur, regelwidrigen Fruchtlagen, Zögerung in der zweiten Geburtsperiode oder frühem Abgange des Fruchtwassers, Atonie der Gebärmutter in der

fünften Periode und dadurch Nachgeburtszögerung und Blutfluss.

§. 524.

Die Behandlung gebietet während der Schwangerschaft mässige Bewegung in freier Luft, kräftige Diät, innerlich aromatische Mittel, und äusserlich Einreibungen des Linimentum ammoniatum. Bei grosser Schmerzhaftigkeit des Bauches macht man Einreibungen mit Oleum Hyoscyami und lässt zuweilen ein lauwarmes Bad gebrauchen. Während der Geburt nimmt man zunächst, wenn das Wasser nicht schon frühe schleichend abgieng, den künstlichen Wassersprung in der Mitte der zweiten Geburtsperiode vor, wobei es sehr erwünscht wäre, das Fruchtwasser allmählig, z. B. durch den Stechsauger, wegnehmen zu können. Gewöhnlich erfolgt alsdann die Geburt regelmässig: ist dieses aber nicht der Fall, so tritt die Behandlung der Atonie des Uterus (§. 424. ff.) ein, und besonders erfordert die fünfte Geburtsperiode die gleiche Rücksicht (§. 434).

3. Zu geringe Menge des Fruchtwassers.

525.

Die zu geringe Menge des Fruchtwassers entsteht aus überwiegender Einsaugung im Verhältniss zur Aushauchung, und kommt bei Constitutionen mit trockner, straffer Faser, zuweilen auch bei zu Krämpfen geneigten Personen vor. Das Fruchtwasser ist gewöhnlich bis auf sechs oder acht Unzen vermindert, doch zuweilen auch bis dahin, dass nur sehr wenig bei der Eröffnung der Blase abgehet und die soge-

nannte trockne Geburt entsteht. Man findet eher grosse als kleine Kinder dabei, und bei der Betastung des Bauches kann man die Frucht deutlich fühlen: die Bewegung der Frucht wird heftig und schmerzhaft empfunden, doch zuweilen, bei sehr geringer Menge des Wassers, wegen Beschränkung des Raumes, nur wenig bemerkt. Bei der Geburt findet man die Blase fest an dem Kopfe liegen, so dass man das Fruchtwasser schon abgegangen glauben könnte, der Muttermund erweitert sich langsam und schmerzhaft, die Wehenthätigkeit wird leicht regelwidrig, und die Placenta kann theilweise gelöst werden. Die Behandlung beschränkt sich auf künstliche Bewirkung des Wassersprunges, nachdem sich der Muttermund hinreichend erweitert hat, und auf Behandlung der entstandenen Abweichungen der Wehenthätigkeit nach den Regeln.

Vergl. No. 1432. B. I. S. 208.

4. Trockenheit der Mutterscheide.

§. 526.

Die Trockenheit der Mutterscheide bei der Geburt rührt nicht von zu frühem Wasserabgange oder zu wenigem Fruchtwasser, sondern von Unthätigkeit der Schleimdrüsen der Mutterscheide her, welche entweder für sich bestehend oder durch Krampf des Uterus und der Mutterscheide bedingt seyn kann. Die Folge davon ist mangelhafte Vorbereitung und Erweiterung der Mutterscheide, Empfindlichkeit derselben u. s. w. Einspritzungen von erwärmtem Oele und das Vorlegen eines in erwärmten Chamillenaufguss getauchten Schwammes vor die äusseren Geschlechtstheile beseitigt gemei-

niglich das Uebel bald. Gleichzeitig bestehender Krampf des Uterus wird nach den Regeln behandelt (§. 441. ff.)

5. Krankhafte Beschaffenheit der Lactation.

§. 527.

a) Zu starke und zu frühe Absonderung der Milch findet man bei sehr vollsaftigen oder bei sehr reizbaren Schwangeren, bei welchen die Bildungsthätigkeit überhaupt sehr gross ist. Schon in den früheren Schwangerschaftsmonaten findet man die Milchabsonderung sehr stark, die Brüste schwellen ungewöhnlich an, werden empfindlich und die Milch lauft in nicht unbeträchtlicher Menge aus: in den spätern Schwangerschaftsmonaten nimmt das Uebel zu. In anderen Fällen wird die Milchabsonderung vorzüglich in dem Wochenbette verstärkt gefunden. Die Brüste turgesciren ungewöhnlich, werden empfindlich und das Kind kann die Menge der abgesonderten Milch nicht verbrauchen, wobei mehr oder minder bedeutende Anschwellung mit Knoten in den Brüsten entstehen und das Allgemeinbefinden leidet. In manchen Fällen wird die Milchabsonderung auf Kosten der Ernährung des übrigen Körpers vermehrt, so dass Abzehrung desselben erfolgt.

§. 528.

Die Behandlung während der Schwangerschaft fordert Einschränkung der Diät bei mässiger Bewegung in freier Luft, stützende, aber nicht drückende Befestigung der Brüste, und Beförderung der Darmausleerung durch den Gebrauch eines Bitterwassers oder Bittersalzes. Während des Wochenbettes ist bei

eingeschränkter Diät die Lochien- und Hautsecretion zu fördern, und das Kind oft, jedoch nicht zu häufig, anzulegen. Bei grosser Empfindlichkeit der Brüste werden dieselben öfters mit erwärmtem Hyoscyamusöl eingerieben und mit einem Hasen- oder Kaninchenfelle bedeckt — Wenn man bei dem Entwöhnen des Kindes von der zu starken Milchabsonderung übele Zufälle befürchtet, so hat man darauf zu sehen, dass das Entwöhnen nicht plötzlich, sondern allmählig geschieht. Ausserdem muss die Diät einige Tage lang eingeschränkt werden. — Wo die Milchabsonderung durch ihre Stärke den mütterlichen Körper entkräftet, ist das Entwöhnen des Kindes vorzunehmen.

§. 529.

b) Zu geringe Absonderung der Milch kommt bei Mangel der weiblichen Bildung des Körpers und bei schwächlichen oder an einer Reproductionskrankheit leidenden Wöchnerinnen vor. Die Brüste, Milchdrüsen und Milchgefässe bleiben fortwährend welk. Wenn bei übrigens gut gebildetem und kräftigem weiblichem Körper die Milchabsonderung in den ersten sechs bis acht Tagen des Wochenbettes zu unthätig ist, so darf man sich nicht immer dadurch von der Fortsetzung des Säugegeschäftes abschrecken lassen, indem dasselbe nicht selten bei sorgfältiger Pflege und Diät noch gut regulirt wird. Bei allgemeiner Körperschwäche oder bei vorhandenen Krankheitsanlagen muss man sich aber durchaus hüten, das zögernde Säugegeschäft erzwingen zu wollen, welches nur die nachtheiligsten Folgen, und selbst Phthisis nach sich ziehen würde. — Wenn die Milchsecretion durch Gemüthsbewegungen, Erkältung u. s. w. plötzlich unter-

drückt wird, so hat man durch häufiges Anlegen des Kindes bei einem vorsichtig diaphoretischen Verhalten dieselbe wieder herzustellen, weil sonst die übelsten Folgen und selbst das Kindbettfieber zu fürchten seyn würde. Die besonderen dadurch veranlassten Krankheitszustände werden nach den Regeln behandelt.

§. 530.

c) Uebele Beschaffenheit der Milch ist vorzüglich in Beziehung auf die Ernährung und die Gesundheit des Kindes ein übeles Ereigniss. Die Milch kann auf zweifache Weise von übeler Beschaffenheit seyn, indem dieselbe entweder zu wässerig und wenig nährend ist, oder zu käsig, so dass sie durch ihren Genuss dem Kinde Erbrechen, Kolik oder Diarrhöe veranlasst. Die Ursachen derselben können in der Constitution oder in Krankheiten des Weibes begründet, oder durch Gemüthsbewegungen oder Diätfehler veranlasst seyn. Die Fehlerhaftigkeit der Milch zeigt sich zuweilen dabei durch ihre gelbe Farbe und dickliche Beschaffenheit. Wenn durch Regulirung der Diät und Beseitigung der Krankheiten die Milch nicht verbessert werden kann, so muss das Kind entwöhnt werden. — Auffallend ist es in dieser Rücksicht, dass schwere Krankheiten des Weibes, z. B. das Kindbettfieber und selbst die Pest nicht selten ohne allen nachtheiligen Einfluss auf das Kind bleiben.

§. 531.

d) Gestörte Milchausleerung bei übrigens normaler Milchbereitung kommt vor, wenn die Brustwarzen zu stark überhäutet sind, so dass der Milch der Ausweg erschwert ist, oder wenn dieselbe klein,

tiefliegend oder gespalten sind, so dass sie das Kind bei dem Säugen nicht fassen kann. Die Brüste schwellen alsdann von der Anhäufung der Milch an und werden schmerzhaft. In dem ersten Falle hebt man die zu feste Oberhaut der Brustwarze vorsichtig ab, nachdem sie durch öfteres Bestreichen mit Mandelöl erweicht worden ist. In dem zweiten Falle wird die Brustwarze durch Sorgfalt und Ausdauer in dem Säugegeschäft zuweilen noch so weit entwickelt, dass dasselbe ungestört fortgesetzt werden kann. Kann dieses nicht geschehen, so muss das Kind entwöhnt werden.

§. 532.

e) Krankhaft vermehrte Ausleerung der Milch findet statt, wenn bei regelmässiger Absonderung derselben die Milchcanäle so erschlafft sind, dass die Milch auslauft, besonders wenn das Kind an der anderen Brust saugt. Man wendet gegen diese Erschlaffung reizende und sanft adstringirende Mittel an, das Einreiben des Linimentum ammoniatum, geistige Waschungen, das Auflegen eines Säckchens mit pulverisirter Eichenrinde u. s. w., und vermeidet das Herabhängen der Brust.

6. Krankhafte Beschaffenheit der Hautthätigkeit.

§. 533.

a) Zu starke Hautsecretion. Während der Schwangerschaft findet man nicht selten eine sehr grosse Neigung zu Schweissen, wobei in der Regel die Darmausleerung trocken und träge ist. Man vermeidet alle erhitzenden oder erschlaffenden Speisen und

Getränke, und lässt bei mässiger Bewegung in freier Luft täglich etwas Bitterwasser oder Bittersalz nehmen. — Wenn während der Geburt zu bedeutende Schweisse eintreten, so vermeidet man sorgfältig sowohl die zu schwere Bedeckung des Körpers, als auch die Entblössung desselben, da sonst leicht Erkältung erfolgen kann. — Sehr starke Schweisse während des Wochenbettes entstehen durch eine excedirende Thätigkeit in der Richtung der Säfte von dem Centrum zur Peripherie, und werden durch schwere Federdecken, warme Zimmerluft und zu reichlichen Genuss erschlaffender warmer Getränke, besonders bei heisser Witterung, veranlasst. Ihre Folgen sind Fieberbewegungen, Frieselausschläge, Milchschorf im Gesichte u. s. w. Man wendet dagegen mässig warmes Verhalten, mit Vermeidung der Erkältung, und mässig warme, nach den Umständen mit etwas Citronensaft versetzte, schleimige Getränke an. Besonders ist darauf zu sehen, dass die Stuhlausleerung nicht unterdrückt ist, und dass die übrigen Wochensecretionen, die Milch - und Lochienausscheidung, gehörig von statten gehen. — Erfolgen bedeutendere fieberhafte Zufälle, Kindbettfriesel u. s. w., so werden sie nach den Regeln behandelt.

§. 534.

b) Zu geringe Hautsecretion. Wenn während der Schwangerschaft die Hautsecretion zu gering ist, welches vorzüglich bei vollblütigen Schwangeren von dunkler Hautfarbe vorkommt, so entsteht dadurch Hitze, allgemeine Anschwellung und Spannung der Haut. Man schränkt die Diät etwas ein, lässt dünne Getränke, Thee, Zuckerwasser u. s. w.

geniessen, und sorgt durch Bittersalze für die gehörige Stuhlausleerung. Ein hoher Grad des Uebels zeigt ein Aderlass an. — Die zu geringen Wochenschweisse fördert man durch reichliches dünnes Getränk, und bei längerer Fortdauer durch kleine Gaben von Kali aceticum und Tartarus stibiatus in einer Mohnsamenemulsion. — Unterdrückung der Wochenschweisse veranlasst Fieber, Kindbettfieber mit örtlicher Entzündung u. s. w., und wird nach den Regeln behandelt.

7. Krankhafte Beschaffenheit des Lochienflusses.

§. 535.

a) **Zu starke Lochienausscheidung.** Obgleich die Menge und Dauer des Lochienflusses nach der Individualität der Wöchnerin verschieden ist, so findet man doch zuweilen, dass er in einer der genannten Rücksichten das der Constitution der Wöchnerin gehörige Maass überschreitet und dadurch die Folgen des Blutflusses, insbesondere aber Verminderung der Milchabsonderung, nach sich zieht. Die Ursachen sind allgemeine schlaffe Constitution, Hämorrhoidalanlage, Schwäche und unvollkommene Zusammenziehung und Rückbildung des Uterus, Dislocationen desselben, zu frühes Verlassen der horizontalen Lage, erhitzende Speisen und Getränke, zurückgebliebene Theile der Nachgeburt, Vernachlässigung des Säugegeschäftes bei vorhandenem Milchüberfluss u. s. w. — In höherem Grade entsteht dadurch Lebensgefahr durch die bedeutende Schwäche oder durch die nachfolgenden Kachexieen.

§. 536.

Die Behandlung beschränkt sich bei dem geringeren Grade des Uebels auf sorgfältige Anordnung des Verhaltens und der Diät: ruhige horizontale Lage, mässig erwärmtes Zimmer und Bett, Reinlichkeit des Lagers, nährende, aber nicht erhitzende Speisen und Getränke, und Stützen des Leibes durch eine Leibbinde reichen in gewöhnlichen Fällen hin, das Uebel zu beseitigen. Bei höherem Grade und längerer Dauer des Blutflusses, besonders wenn der Körper schon bedeutend geschwächt ist, ist es indessen nothwendig, nach Beseitigung der etwa noch fortwirkenden Gelegenheitsursachen, kräftig auf die Zusammenziehung und Rückbildung des Uterus zu wirken: ausser der Ratanhia- und Zimmttinctur wirkt hier vorzüglich entscheidend die Phosphorsäure in Verbindung mit Opiumtinctur, welche auch zu einem längeren Gebrauche zu empfehlen ist; bei grosser Schwäche ist gleichzeitig mit derselben die China anzuwenden. Von Einigen wird auch hier das Mutterkorn empfohlen. Aeusserlich wendet man reizende Einreibungen von Cöllnischem Wasser, Naphta u. s. w. an; reizende Injectionen sind ohne die dringendste Anzeige nicht anzurathen, da bei der vorhandenen Verstimmung des Uterus und dem nothwendigen längeren Gebrauche des Mittels, dadurch leicht Veranlassung zur Entwickelung einer organischen Ausartung gegeben wird.

§. 537.

b) Zu schwache Lochienausscheidung. Wenn bei kräftiger Constitution durch eine zu starke Zusammenziehung des Uterus die Ausscheidung der

Lochien zu gering ist, so dass dadurch Congestionen nach anderen Theilen entstehen, so wird dieses bald beseitigt, wenn warme Tücher auf den Unterleib gelegt, ein in Chamillenaufguss getauchter Schwamm vor die äusseren Geschlechtstheile gebracht, oder lauwarme Injectionen von Malven - und Chamillenabsud in den Uterus gemacht werden. Bei höherem Grade und dadurch krankhaft gesteigerter Gefässthätigkeit ist es nützlich, eine mässige Gabe von Kali tartaricum in einer Mohnsamenemulsion zu geben. — Wenn indessen eine krampfhafte Verstimmung oder entzündlicher Reizzustand des Uterus durch Erkältung, Gemüthsbewegungen u. s. w. veranlasst, die Lochienausscheidung geschwächt oder unterdrückt hat, so ist der Eintritt des Kindbettfiebers zu fürchten. Unter den angegebenen Mitteln sind alsdann vorzüglich die milden Injectionen zu empfehlen und der Emulsion ein beruhigendes Mittel, Mandelwasser oder Hyoscyamusextract u. s. w. zuzusetzen, und gleichzeitig die Hautausdünstung zu befördern. Bricht das Kindbettfieber aus, so ist dieses nach den Regeln zu behandeln.

§. 538.

c) Regelwidrige Qualität des Lochienflusses. Zuweilen findet man den Lochienfluss von abweichender, schmutziger, bräunlicher oder grünlicher Farbe, fauligem, scharfem Geruche und corrodirender Einwirkung auf die äusseren Geschlechtstheile. Ausser bei fieberhaftem Allgemeinleiden, örtlicher Verletzung, Entzündung und Eiterung der Geschlechtstheile findet man diese Beschaffenheit des Lochienflusses auch bei Unreinlichkeit der Wöchnerin, bei zu starker Entwickelung der Decidua und bei zurückge-

bliebenen Placentenresten. Bei der Behandlung hat man zunächst die grösste Reinlichkeit durch öfteres Auswaschen der Geschlechtstheile und Wechseln der beschmutzten Unterlagen des Wochenlagers zu beobachten, um den übelen Folgen des aashaften Geruches und der scharfen Einwirkung des Ausflusses auf die äusseren Geschlechtstheile zu begegnen: ausserdem sind vorzüglich wiederholte lauwarme Injectionen in den Uterus und die Scheide von Chamillen-, Serpyllen- und Cicutaabsud zu machen. Bei gleichzeitiger grosser Unempfindlichkeit des Unterleibes sind geistige Einreibungen desselben von Nutzen. Wenn krankhaftes örtliches oder Allgemeinleiden vorhanden ist, so wird dieses nach den Regeln behandelt.

Dritter Abschnitt.

Von den dynamischen krankhaften Zuständen der Frucht.

1. Regelwidrige Bewegung des Kindes.

§. 539.

a) Zu starke Bewegung des Kindes. Zuweilen beobachtet man während der Schwangerschaft und Geburt so starke Bewegungen des Kindes, dass dieselben der Mutter bedeutenden Schmerz verursachen. Man hat dieselben für Convulsionen des Kindes gehalten; allein wenn auch in seltenen Fällen Convulsionen des Kindes vor der Geburt vorkommen können, so

sind doch durchaus nicht alle zu starken Bewegungen des Kindes dafür zu halten, und die Diagnose derselben ist überhaupt sehr unbestimmt. — Wenn gleichzeitig plethorischer Zustand der Mutter vorhanden ist, so wendet man während der Schwangerschaft mit dem besten Erfolge ein Aderlass an: ausserdem ist mässige Bewegung in freier Luft, Vermeiden schwerer und blähender Speisen und Beförderung der regelmässigen Stuhlausleerung anzurathen. Wenn die Bewegungen des Kindes während der Geburt so stark werden, dass sie die grösste Beschwerde und selbst Gefahr der Zerreissung des Uterus veranlassen, ein Fall, welcher wohl nur höchst selten vorkommt, so beendigt man die Geburt durch die Kunst.

§. 540.

b) Zu schwache Bewegung des Kindes. Die zu schwache und endlich gar nicht mehr zu bemerkende Bewegung des Kindes kann während der Schwangerschaft und der Geburt den Tod des Kindes fürchten lassen. Wenn die Bewegung während der Schwangerschaft des Kindes bei gleichzeitiger sehr grosser Menge des Fruchtwassers zu schwach ist, so ist die Geburt ruhig abzuwarten: wenn aber bei mässiger Menge des Fruchtwassers gleichzeitig ein bedeutendes Blutübergewicht des mütterlichen Körpers vorhanden ist, so kehrt nach einem Aderlasse gewöhnlich bald die regelmässige Bewegung wieder.

2. Unvollkommenes Athmen des Kindes vor der Geburt.

§. 541.

Das Athmen und Schreien des Kindes vor und während der Geburt (*vagitus uterinus*) ist seit den

ältesten Zeiten ein streitiger Gegenstand gewesen. Als gewiss ist anzunehmen, dass vor der Zerreissung der Eihäute und dem Abflusse des Fruchtwassers das Athmen und Schreien des Kindes nicht stattfinden kann, dass aber nach dem Abflusse des Fruchtwassers, begünstigt durch verschiedene Lagen des Kindes, durch Mangel an Thätigkeit des Uterus und Weite der Mutterscheide, so wie auch durch manche geburtshülfliche Operationen, ein unvollkommenes Athmen des Kindes vor sich gehen kann, welches dann den Tod des Kindes nach sich zieht, wenn es unterbrochen wird und nicht fortgesetzt werden kann, indem die Beendigung der Geburt verzögert wird: besonders ist dieses der Fall, wenn bei der Fussgeburt der Kopf des Kindes nach der Ausschliessung des übrigen Körpers noch einige Zeit in dem Becken verweilt. — Dass unter diesen Umständen alsdann auch wirkliches Schreien des Kindes gehört werden kann, ist nicht zu leugnen; doch hat dabei gewiss in vielen Fällen Täuschung stattgefunden. — Das Athmen und Schreien des Kindes, wenn nach geborenem Kopfe der übrige Körper noch zurück ist, ist ein sehr häufiges Ereigniss und in der Regel ohne alle übelen Folgen.

§. 542.

Da durch das unvollkommene Athmen und Schreien des Kindes während der Geburt das Leben desselben gefährdet wird, wenn die Respiration wieder unterbrochen wird, so ist es rathsam, die Geburt durch die Wendung oder Zange zu beendigen, wenn der Muttermund bereits vollkommen eröffnet ist. Wenn der Kopf nach geborenem übrigem Körper noch in dem Becken zögert, und dabei unvollkommene Respiration angenommen

werden kann, so hat man vorgeschlagen durch Weidmann's Vectis aëroductor, oder durch ein zu dem Munde des Kindes geleitetes Rohr das Athmen bis zur Ausschliessung des Kopfes zu unterhalten; einen Blasebalg dabei anzuwenden, wie es in einem Falle geschehen ist, ist nicht anzurathen. Zweckmässiger ist es, den Austritt des Kopfes durch die Kunst zu beschleunigen.

Vergl. No. 628. — 939ᵍ. 1825. H. 4. S. 461. — 963. — 1028. 1823. Febr. — 1137. — 1614. p. 66. — 1751ᵇ. Vol. XIX. 1823. April No. 112. — 1763. S. 315. — 1836. B. XIX. H. 1. S. 183. H. 2. S. 288. — 2040. B. III. St. 1. S. 69. — 2164. — 2465. B. I. H. 3. S. 541. — 2466. 1821. B. I. S. 253.

3. Scheintod der Neugeborenen.

§. 543.

Wenn das Kind nicht gleich nach seinem Austritte aus den Geburtstheilen sein Leben durch Schreien, Bewegungen der Gliedmassen u. s. w. zu erkennen giebt, so ist es stets für scheintod zu halten und zu behandeln, so lange keine entschiedenen Zeichen der eingetretenen Fäulniss vorhanden sind: in dieser Rücksicht kann leicht eine Verwechslung zwischen dem angeborenen Pemphygus und dem durch Fäulniss entstandenen Ablösen der Oberhaut stattfinden. — Der Scheintod ist dem Grade nach verschieden, von der mangelnden Respiration bei vorhandenem Herzschlage an, bis zu der vollkommensten Reizlosigkeit des Kindes, wobei derselbe eine halbe bis ganze Stunde nach der Geburt dauern, und wohl auch endlich in den

wirklichen Tod übergehen kann. Kinder männlichen Geschlechtes sind nach Einigen schwerer aus dem Scheintode zu erwecken, und sterben eher, als Kinder weiblichen Geschlechtes. — Man hat drei Arten zu unterscheiden, den suffocatorischen, den apoplectischen und den asphyctischen Scheintod.

§. 544.

a) Bei dem suffocatorischen Scheintode fehlt nach der Geburt das Athmen und Schreien des Kindes entweder gänzlich, oder es erfolgt nach längeren Pausen ein röchelndes, krampfhaftes Einathmen. Das Kind ist dabei gemeiniglich von bläulicher Farbe, seltener blass gefärbt, und die Gliedmassen sind noch ziemlich straff. Längere Dauer der Geburt, Druck der Nabelschnur, Störung des Blutumlaufes, Anhäufung von Schleim in den Bromhien und organische Fehler der Lungen sind die gewöhnlichsten Ursachen. Mit Ausnahme des Vorhandenseyns der letzten Ursache ist die Prognose im Allgemeinen günstig. Die Behandlung hat zunächst dahin zu wirken, durch Einführung eines Fingers in den Mund den angehäuften Schleim zu entfernen, mit Vorsicht Luft einzublasen, bei bläulicher Farbe etwas Blut aus der Nabelschnur zu lassen, und ausserdem die allgemeinen Erweckungsmittel anzuwenden (§. 545.)

§. 545.

b) Der apoplectische Scheintod kommt vorzüglich bei grossen blutreichen Kindern vor. Als Ursachen findet man längeres Verweilen des in dem Becken feststehenden Kopfes, zu schnelle Geburt, die Fussgeburt, feste Umschlingung der Nabelschnur, vor-

eilige Unterbindung derselben und Trennung der Placenta vor der Ausschliessung des Kindes. Bedeutende Blutanhäufung in dem Schädel ist die nächste Ursache: das Gesicht und die Haut überhaupt ist bläulich gefärbt, das erstere geschwollen, die Augen hervorgetrieben, die Zunge dick und steif, der Herzschlag selten, unordentlich oder ganz fehlend. — Man durchschneidet sogleich die Nabelschnur und lässt einen bis zwei Esslöffelvoll Blut weg, worauf nicht selten allein schon der Scheintod beseitigt wird. Man bringt das Kind in ein warmes Bad von ✠ 27 bis 28° Réaum., reibt und bürstet die Gliedmassen, reibt, klopft und drückt sanft den Thorax, nimmt das Kind aus dem Bade und schwingt es einigemal hin und her. Man bringt das Kind wieder in das Bad, besprengt die Brust und den Bauch mit kaltem Wasser oder Wein, bläst Luft, anfangs bei offenen, dann bei zugehaltenen Nasenlöchern, ein, welches nur im Nothfalle mit dem Munde, ausserdem mit Gorcy's Blasebalg geschehen muss: das Einleiten einer silbernen Röhre bis in die Stimmritze, wie man es neuerdings versucht hat, ist nicht allgemein anzurathen. Das Lufteinblasen muss mit grosser Vorsicht und eher zu wenig als zu viel geschehen. Wenn diese Mittel nicht zureichen, im Gegentheile das Kind blässer und schlaffer wird, so werden auch noch die gegen die nervöse Asphyxie empfohlenen Mittel angewendet.

Vergl. No. 776c. B. II. p. 1. — 1196. B. III. S. 3. —

§. 546.

c) Die nervöse Asphyxie entsteht entweder aus einer der vorigen Arten, oder durch starken oder lange dauernden Druck des Schädels, oder Dehnung

des Rückenmarkes bei der Fussgeburt, ferner durch Placenta praevia, Blutflüsse, Zerreissung der Nabelschnur u. s. w. Die Hautfarbe ist sehr bleich, die Gliedmassen schlaff und hängend, der Unterkiefer herabhängend, und es geht Meconium ab; der Herzschlag und Pulsschlag der Nabelschnur ist schwach oder unordentlich, oder gar nicht zu fühlen, die Respiration fehlt ganz oder ist zuweilen krampfhaft mit starkem Erheben des Thorax vorhanden; in manchen Fällen des Vorhandenseyns des Herzschlages, und selbst unvollkommener Respiration, dauert derselbe eine halbe Stunde und darüber fort, hört endlich auf und das Kind stirbt.

§. 547.

Die Behandlung unterscheidet sich darin von den vorigen Arten, dass, wenn es angeht, das Kind nicht von der Placenta getrennt wird, sondern mit ungetrennter Nabelschnur in das Bad, entweder zwischen den Schenkeln der Mutter, oder wenn die Placenta gelöst ist, sammt dieser, gebracht wird: wenn dieses Schwierigkeiten findet, so unterbindet und durchschneidet man die Nabelschnur nach den Regeln, ohne Blut wegzulassen, und bringt das Kind alsdann in das Bad, welches 30° R. Wärme und darüber haben kann, und wobei ein Zusatz von Wein oder Branntwein sehr nützlich ist. Man giebt abwechselnd das Luftbad, spritzt kalten Wein auf die Herzgrube, tröpfelt Naphta auf diese Stelle, bringt Riechmittel unter die Nase, reizt die Nase und den Rachen mittelst einer Feder, reibt, klopft und bürstet die Gliedmassen, den Thorax, den Steiss u. s. w., giebt reizende Klystiere aus Wasser und Wein oder Branntwein, und wendet, wo man es

haben kann, die Electricität und das Einblasen von Sauerstoffgas an, oder bläst auf die angegebene Weise (§. 545.) Luft ein.

§. 548.

Da jedes ohne Lebenszeichen geborene Kind, wenn nur keine bestimmten Zeichen der Fäulniss vorhanden sind, für scheintod zu halten ist, so müssen diese Erweckungsversuche planmässig und ohne stürmisch zu verfahren, eine geraume Zeit hindurch fortgesetzt, und erst nach Verlauf einer Stunde, wenn unterdessen gar keine Lebenszeichen sich äussern, ausgesetzt werden. Häufig gelingt es indessen, dass nach kürzerer oder längerer Zeit die schlaffen Gliedmassen straffer werden, und unordentliches röchelndes Athmen und endlich Schreien des Kindes eintritt, worauf die Belebungsmittel noch einige Zeit, bis zu vollkommener Regulirung der Respiration, fortgesetzt werden. In den nächsten Tagen ist es sehr nützlich, noch täglich ein Kräuterbad anzuwenden, und das Kind besonders sorgfältig zu pflegen.

Vergl. No. 171. — 560. — 561. — 652. — 667. — 689. — 1097. — Vol. XLIII. 1820. — 1433. — 1439. — 1543. — 1740. — 1796. — 2227. — 2336. — 2465. B. III. H. 3. S. 484. —

4. Tod des Kindes.

§. 549.

Der Tod des Kindes während der Schwangerschaft hat auf dieselbe den Einfluss, dass das Kind aus dem Vitalitätsverhältniss mit der Mutter herausgetreten als fremder Körper dem Uterus lästig fällt, und

Zusammenziehungen desselben und die Geburt veranlasst, welche gemeiniglich zu der Zeit eintritt, zu welcher im nichtschwangeren Zustande die Menstruation eingetreten wäre. Wenn von Zwillingen ein Kind abstirbt, so bleibt es zuweilen längere Zeit hindurch im Uterus liegen, bis die Geburt des lebenden Kindes erfolgt, so dass es alsdann in seiner Grösse und Ausbildung um mehrere Monate von demselben abweicht. — Auf den Verlauf der Geburt hat zwar der Tod des Kindes den Einfluss, dass dieselbe langsamer, schwieriger und schmerzhafter und mit augenscheinlich bedeutendem Kraftaufwande der Kreissenden beendigt wird; doch liegt in dem Tode des Kindes für sich keine so bedeutende Geburtsstörung, dass dadurch eine besondere Anzeige bedingt würde, sondern die dadurch veranlassten pathologischen Zustände werden nach den allgemeinen Regeln behandelt: allein bei manchen, besonders durch Beckenbeschränkung angezeigten Operationen, wird die specielle Indication erst durch die Kenntniss des Lebens oder des Todes der Frucht bestimmt, und daher ist es sehr wünschenswerth, genau zu wissen, ob das Kind lebt oder tod ist.

§. 550.

Ausser den Zeichen des schon während der Schwangerschaft erfolgten Todes des Kindes nimmt man an, dass folgende Zeichen den während der Geburt erfolgten Tod des Kindes anzeigen: plötzliches Aufhören oder gänzliche Veränderung der Wehen, Frost, welcher ohne weitere Ursache die Kreissende befällt, die Beschaffenheit und Dauer der nachtheiligen Einwirkungen, welchen die Frucht ausgesetzt war, z. B. übele Kindeslage, Einkeilung des Kopfes, Operations-

versuche, seit längerer Zeit abgeflossenes Fruchtwasser u. s. w., übelriechendes und gefärbtes, mit Meconium vermischtes Fruchtwasser, Aufhören der Bewegung, nicht hörbarer Herzschlag, nachdem er vorher hörbar gewesen war, Zusammenfallen und Weichheit der Kopfgeschwulst, oder gänzlicher Mangel derselben bei beweglichen zusammenfallenden Kopfknochen, schlaffe offenstehende Aftermündung, kalte, nicht pulsirende Nabelschnur, Schlaffheit der Gliedmassen und des Unterkiefers, Ablösung der Epidermis und aashafter Geruch aus den Genitalien der Kreissenden. Allein alle diese Zeichen können einzeln trügen, und daher muss eine Reihe derselben vorhanden seyn, wenn ein wahrscheinlicher Schluss davon gemacht werden soll, wobei jedoch zuweilen ein einziges eintretendes Zeichen des Lebens alle angegebenen Zeichen des Todes überwiegt.

Vergl. No. 141. — 260. — 261. — 262. — 345. — 386. — 728. — 1135. — 1185. — 1221. — 1524. — 1631. — 2446. —

5. Gelbsucht der Neugeborenen.

§. 551.

Die Gelbsucht (*Icterus neonatorum*) befällt die neugeborenen Kinder in den ersten Tagen nach der Geburt, und war sonst ungemein viel häufiger als gegenwärtig, wo man durch zweckmässige Behandlung das Entstehen derselben verhütet. Die Anlage zu der Gelbsucht bedingt die bedeutende Function der Leber in dem Fötusleben und die schwache Organisation der Haut: die vorzüglichsten Gelegenheitsursachen sind: zu schnelles Unterbinden und Durchschneiden der Na-

belschnur, ehe noch die Respiration vollkommen zu Stande gekommen ist, und Druck der Lebergegend des Unterleibes durch zu festes Anziehen der Nabelbinden oder zu festes Einwindeln; ausserdem kann man noch hierher rechnen, Erkältung, unpassende Nahrung, Verstopfung, Diätfehler der Mutter u. dgl. m.

§. 552.

Die Gelbsucht der Neugeborenen ist nach dem Grade sehr verschieden, indem sie bald als ein sehr unbedeutendes Symptom ohne Störung des Allgemeinbefindens, bald als bedeutendere Krankheit eintritt: in diesem letzteren Falle findet man die Hautfarbe sehr dunkelgelb, das Gesicht eingefallen, den Unterleib aufgetrieben und gespannt, die Stuhlausleerung weiss oder grau gefärbt und bald trocken bald flüssig; es entsteht Fieber, Aphten in dem Munde, Erbrechen, Convulsionen, und zuweilen erfolgt der Tod bei längerer Dauer der Krankheit.

§. 553.

Die Behandlung beschränkt sich bei dem geringeren Grade auf warmes Verhalten, warme Kräuterbäder, (die von Boër empfohlenen kalten Bäder sind streng zu vermeiden), sorgfältige Diät und Pflege, wobei man innerlich gleiche Theile von Fenchelwasser und Rhabarbersyrup theelöffelweise nehmen lässt: bei höherem Grade setzt man diesem Mittel den Liquor Kali acet. zu, und bei grosser Unruhe und heftigem Weinen etwas Syrup. Diacodii; die Stuhlausleerung wird durch Klystiere unterhalten, welche auch ausserdem sehr nützlich sind. Wenn die Erscheinungen auf gleichzeitige Leberentzündung hindeuten, so giebt man

innerlich Calomel zu $^1/_{12}$ Gran, und macht warme Einreibungen von Ol. Hyoscyami mit einem Zusatze von unguent. mercur. in die Lebergegend.

Vergl. No. 770. —

6. Schwämmchen der Neugeborenen.

§. 554.

Die Schwämmchen (*Aphthae*) bestehen in einer Entzündung der Oberfläche der Mundhöhle, mit weissen, zuweilen gelblichen Bläschen, welche sich nach einigen Tagen abschuppen und eine hochrothe Farbe der Oberfläche hinterlassen, in der Regel aber sogleich von Neuem entstehen. In dem höheren Grade verbreiten sie sich durch die Speiseröhre und den ganzen Darmkanal, bis zur Aftermündung: in diesem Falle gesellt sich leicht Fieber, Einfallen des Gesichtes, grüne, übelgemischte Stuhlausleerungen, Krämpfe u. s. w. hinzu, und zuweilen erfolgt selbst der Tod. In dem geringeren Grade sind sie ohne Gefahr und erschweren nur das Saugen des Kindes an der Brust. Die vorzüglichste Ursache ist Unreinlichkeit des Mundes, der Brustwarze, der Nahrungsmittel, Zulpe u. s. w. — Bei der Behandlung hat man die etwa gleichzeitig vorhandenen fieberhaften Zustände und Unordnung des Darmkanals zu regeln, wozu vorzüglich der Liquor Kali acet. in einem milden aromatischen Wasser mit Rhabarbersyrup innerlich genommen und tägliche Klystiere dienen. Besonders aber ist es die örtliche Behandlung der Mundhöhle, welche die baldige Beseitigung des Uebels begünstigt; man wascht die Oberfläche der Mundhöhle mit Wein und Zucker, oder mit einem Salbeiabsude, pinselt die Mundhöhle mit ei-

ner Auflösung des Borax in Rosenhonig oder in einem Salbeiabsude, mit einem Zusatze von Syrup, reinigt vor dem Anlegen an die Brust die Brustwarzen sorgfältig, und wendet täglich ein warmes Kräuterbad an, um die Constitution des Kindes im Allgemeinen zu verbessern.

7. Augenentzündung der Neugeborenen.

§. 555.

Die Augenentzündung, Augenlidentzündung (*Ophthalmia, Blepharo-blennorrhoea neonatorum*) befällt nicht selten die neugeborenen Kinder in den ersten acht bis vierzehn Tagen nach der Geburt. Die Augenlieder schwellen an, ihre Ränder werden geröthet und wenden sich einwärts, das Auge wird höchst empfindlich gegen das Licht, nach kurzer Dauer sondern die Meibomischen Drüsen Schleim ab, welcher bald an Menge zunimmt und endlich von eiterähnlicher Beschaffenheit wird; die Augenlieder schwellen blasenartig an, verkleben, und die Entzündung verbreitet sich auf die Conjunctiva und die Hornhaut. In dem gelinderen Grade ist das Uebel von geringer Bedeutung, und verschwindet bei sorgfältiger Behandlung ohne übele Folgen zu hinterlassen; in dem höheren Grade aber entstehen leicht Geschwüre und Narben auf der Hornhaut, Eiterergiessung in die vordere Augenkammer oder Degeneration des ganzen Augapfels.

§. 556.

Die Anlage zu der Augenentzündung der Neugeborenen liegt in der Empfindlichkeit der Sehwerkzeuge dieses Alters, und in scropulöser Disposition. Die Ursachen sind: syphilitische, oder durch scharfen weissen

Fluss bei dem Durchgange des Kindes durch die Mutterscheide erfolgte Infection, starker Lichtreiz, Rauch, Staub, Unreinlichkeit, besonders der zum Waschen gebrauchten Schwämme, feuchte, kalte Luft, verdorbene Zimmerluft, sowohl in überfüllten Wochenzimmern einer Entbindungsanstalt, als auch in kleinen Zimmern der Privatwohnungen, wo beschmutzte Windeln an dem Ofen getrocknet werden, Erkältung, Diätfehler u. s. w.

§. 557.

Die Behandlung in leichteren Fällen kann sich nur auf grössere Reinlichkeit in jeder Hinsicht, durch Erfrischung der Zimmerluft, warme allgemeine Bäder, reinliche Wäsche und besonders häufige Reinigung des Auges mit mässig warmem Chamillenthee oder Milch beschränken, wenn dabei gleichzeitig der Lichtreiz vermieden wird. Bei einigem höheren Grade der Entzündung müssen jedoch die Waschungen und Umschläge auf das Auge kühl, (niemals jedoch ganz kalt) gemacht werden: man nimmt dazu reines Wasser, später Bleiwasser mit Opiumtinctur, Vitriolauflösung mit Opiumtinctur, eine Auflösung von Lapis divinus, aromatische Wässer u. s. w. Ganz vorzüglich wirksam werden diese Mittel erst durch den Zusatz der Opiumtinctur: sie werden mit kleinen leinenen Compresschen aufgelegt und öfters erneuert. Bei grosser Heftigkeit der Entzündung von Anfang an, setzt man einen oder zwei Blutegel unter das Auge, und wenn später dem Auge Zerstörung durch Eiterbildung droht, so legt man kleine Vesicatorien hinter die Ohren und unterhält dieselben einige Zeit. Bei gleichzeitigem

Allgemeinleiden findet die angemessene innere Behandlung statt.

Vergl. No. 2268. —

8. Nabelgeschwüre der Neugeborenen.

§. 558.

Die Nabelgeschwüre der Neugeborenen entstehen nach gewaltsamem Abreissen der Nabelschnur aus ihrer Einpflanzung in den Unterleib, aus fehlerhafter Behandlung, Zerrung und voreiliger Trennung des Nabelschnurrestes und aus Unreinlichkeit. Sie sind bald vorübergehend, bald sehr hartnäckig, und in diesem letzten Falle gesellen sich leicht bedeutende Aufwucherungen hinzu. Im geringeren Grade bedeckt man die Nabelgeschwüre, mit einigem Drucke, mit einem Compresschen, welches in Rothwein oder Bleiwasser mit Opiumtinctur getaucht ist: im höheren Grade nimmt man hierzu eine Sublimatauflösung mit Opiumtinctur, betupft das Geschwür mit Höllenstein und vertilgt auf diese Weise auch die Aufwucherungen. Wenn die letzteren den Mitteln nicht weichen wollen, so werden sie durch das Messer oder durch die Ligatur abgetragen.

Zweite Klasse.

Von den organischen krankhaften Zuständen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes und deren Behandlung.

§. 559.

Die organischen krankhaften Zustände, welche die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett regelwidrig machen können, sind entweder in dem mütterlichen Körper im Allgemeinen, oder in der Sphäre der Geschlechtsorgane desselben, oder in der Frucht und deren Umgebung befindlich.

Erster Abschnitt.

Von den organischen krankhaften Zuständen des weiblichen Körpers im Allgemeinen.

Erstes Kapitel.

Von der allgemeinen Verbildung des weiblichen Körpers.

§. 560.

Wenn der Bau und die Entwickelung des weiblichen Körpers darin von der Norm abweichen, dass

der letztere den weiblichen Habitus mehr oder minder entbehrt, oder eine bestimmte organische Verbildung desselben vorhanden ist, so hat dieses einen entschieden nachtheiligen Einfluss auf die Schwangerschaft und den Verlauf der Geburt. Es kann diese Abweichung bei regelmässigem Verhältnisse des Beckens stattfinden und sich auf verschiedene Weise äussern.

1. Unvollkommene Entwickelung des weiblichen Körpers überhaupt.

§. 561.

Die unvollkommene Entwickelung des Körpers überhaupt kann auf zweifache Weise vorhanden seyn: entweder war kaum der Uebergang aus dem kindlichen Alter in die Pubertät erfolgt, als die Schwangerschaft eintrat, oder der Körper war durch erbliche Anlage, Krankheiten oder frühe Ausschweifungen in seiner Entwickelung zurückgehalten worden, und hat den kindlichen Habitus mehr oder minder beibehalten. Mangel an Energie und Geneigtheit zu Erethismus des Nerven - und Blutsystems ist alsdann vorhanden, welche sich bereits in der Schwangerschaft durch vorzüglich starkes Hervortreten der hysterischen Erscheinungen und einer Reihe von nervösen Zufällen zeigt, und Anlage zum Abortus bedingt; bei der Geburt aber wird die ganze Constitution gleich in den ersten Perioden heftig ergriffen, ermattet schon frühe, und eine Reihe von krampfhaften Zuständen, vom krampfhaften Husten, Erbrechen u. s. w. bis zu allgemeinen Convulsionen, stört den Verlauf der Geburt und führt Gefahr für die Mutter und die Frucht herbei (§. 351. ff.)

§. 562.

Das ärztliche Verfahren wird in diesem Falle schon von dem Anfange der Schwangerschaft nöthig, und beschränkt sich anfangs vorzüglich auf sorgfältige Anordnung des diätetischen Verhaltens. Mässige Bewegung in freier Luft ohne Anstrengung, angemessene Ruhe des Körpers, sorgfältige Bekleidung mit Vermeidung alles Druckes, gemässigte Temperatur, Vermeidung aller erhitzenden oder blähenden Speisen und Getränke, Aufmerksamkeit auf die Regelmässigkeit der Darmausleerung ist zu empfehlen, und bei stärker hervortretenden Zufällen der Liq. CC. succin., das Castoreum u. s. w. in Gebrauch zu ziehen. In manchen Fällen wird ein lauwarmes Bad sehr nützlich; doch darf dasselbe nicht zu oft wiederholt werden, wenn man Abortus befürchtet. Bei grosser Neigung zu Congestionen kann sogar ein kleines Aderlass am Arme nöthig werden.

§. 563.

Von dem Eintritte der Geburt an muss eine besondere Aufmerksamkeit auf das Verhalten der Kreissenden gerichtet werden. Bei gleichmässiger Temperatur des Zimmers, ist gleich von Anfang an eine ruhige horizontale Lage und Entfernung aller lästigen oder drückenden Kleidungsstücke anzurathen: die Neigung schon in den beiden ersten Perioden, die Wehen lebhaft zu verarbeiten, wird durch anleitenden Zuspruch gemässigt, lauwarmer Chamillenthee von mässiger Stärke, von Zeit zu Zeit, gereicht, und zuweilen frühe schon ein lauwarmes Bad angeordnet. Alles, was erregend auf das Gemüth und das Nervensystem

wirken könnte, wird vermieden, und nur solche Personen im Zimmer geduldet, welche der Kreissenden angenehm sind, und durch ihren tröstenden und ermahnenden Zuspruch nützen können. Der Gebrauch besänftigender innerer Mittel, zuweilen des Opiums, häufiger des Hyoscyamus und des Lactucariums, wird gemeiniglich schon frühe nöthig, den Liq. CC. succin. und das Castoreum spart man am Besten für die dritte und vierte Geburtsperiode auf. Wenn man die Anzeige zu künstlicher Hülfe findet, so hüte man sich zwar, dieselbe zu frühe anzuwenden, zögere aber auch nicht zu lange damit, bis bedenkliche Erscheinungen sich zeigen. Bei dem Nachgeburtsgeschäft sey man besonders aufmerksam, und vermeide jede Uebereilung desselben. Besondere Zufälle werden nach der Eigenthümlichkeit des Falles behandelt. — Während des Wochenbettes hat man besonders jeden starken körperlichen und geistigen Eindruck zu vermeiden.

2. Männlicher Habitus des Weibes.

§. 564.

Der männliche Habitus des Weibes, bei starker Knochen- und Muskelbildung, rauher Haut und grosser Hand und Fuss u. s. w., veranlasst gemeiniglich während der Schwangerschaft nur wenige Beschwerden, ausgenommen, dass die gewöhnlichen Erscheinungen der Schwangerschaft stärker hervortreten. Während der Geburt ist hingegen von Anfang an ein sehr bedeutender Eindruck auf das Nervensystem bemerkbar, die Kreissende hat eine grosse Neigung, die Wehen schon frühe zu überrarbeiten, das Blutsystem geräth in grosse Aufregung, und schon in der dritten

Periode tritt Ermattung ein; zugleich fehlt die Resignation und Ergebung, mit welcher das wohlgebildete Weib die Geburt erträgt, und es treten lebhafte Aeusserungen von Ungeduld, und auch wohl Zornausbrüche ein. Die Geburt verzögert sich zuweilen mehrere Tage.

§. 565.

Während der Schwangerschaft ist hinreichende körperliche Bewegung und zuweilen ein lauwarmes Bad zu empfehlen. Von dem Eintritte der Geburt an verhütet man das stürmische Verarbeiten der Wehen, wozu grosse Neigung vorhanden ist, und bei überwiegender Blutaction nimmt man schon zu Ende der zweiten Geburtsperiode ein mässiges Aderlass vor. Bis dahin lässt man die Kreissende abwechselnd etwas im Zimmer umhergehen und das Lager suchen, doch vermeidet man die Wehen im Stehen. Wenn in der dritten oder vierten Geburtsperiode die Kräfte ermatten, so sorgt man für angemessene Ruhe und Genuss von Fleischbrühen; erregende Getränke und Arzneien müssen vermieden werden, weil sie die Action des Blutsystemes erhöhen; vorzüglich gut wirkt eine kleine Gabe Opium wiederholt nach grösseren Zwischenräumen gereicht, besonders wenn die Dauer der Geburt sich in die Länge zieht. In manchen Fällen wird man endlich die Zange zu Hülfe nehmen müssen, wenn durch Zögerung der Geburt in der vierten Periode Gefahr für das Kind entsteht. Das Nachgeburtsgeschäft wird gemeiniglich etwas verzögert, und darf ohne dringende Anzeige nicht übereilt werden. — Während des Wochenbettes hat man eine besondere Aufmerksamkeit auf das Säugegeschäft zu richten.

3. Torpide Constitution des Weibes.

§. 566.

Torpide Constitutionen bei phlegmatischem und schwammigem Körper leiden gewöhnlich in der Schwangerschaft an Neigung zu Abortus in den ersten Monaten und ödematöser Geschwulst der Füsse und Schamlippen in den späteren Monaten; auch sind sie geneigt zu bedeutender Wasseranhäufung in dem Eie und zu Gebärmutterwassersucht, wie auch zu regelwidrigen Lagen der Gebärmutter u. s. w. Die Geburt verlauft langsam, besonders treten gern Zögerungen in der vierten Geburtsperiode ein: das Nachgeburtsgeschäft zögert, und es erfolgen leicht atonische Blutflüsse während und nach demselben.

§. 567.

Während der Schwangerschaft ist active Bewegung durch Gehen anzurathen, der Schlaf darf nicht zu lange dauern, und bei einer kräftigen, etwas aufregenden Diät ist die Umgebung einer lebhaften aufheiternden Gesellschaft zu wünschen. Während der Geburt lässt man die Kreissende in den beiden ersten Perioden mehr stehen, gehen und sitzen, und abwechselnd nur zuweilen liegen; in der vierten Periode, wenn der Nachlass der willkührlichen und unwillkührlichen Wehenthätigkeit am Meisten hervortritt, hält man sie wohl zum Verarbeiten der Wehen etwas an. Sind innere Mittel nöthig, um die Thätigkeit zu steigern, so vermeide man vorzüglich die flüchtigen, welche zwar die Geburt beschleunigen, nachher aber eine desto grössere Unthätigkeit des Uterus veranlassen, so dass höchst gefährliche Mutterblutflüsse u. s. w. erfolgen

können: vorzuziehen ist vielmehr hier die Anwendung der tonischen Mittel, deren Wirkung länger fortdauert, und ausser dem etwa angezeigt gewesenen Mutterkorne sind dann die China, die Ratanhia und ähnlich wirkende Mittel vorzüglich an ihrer Stelle. Wenn Beendigung der Geburt durch operative Hülfe angezeigt ist, so ist es rathsam, die Anwendung derselben nicht zu übereilen, doch darf auch nicht zu sehr damit gezögert werden, weil sonst leicht nach der Geburt eine gefährliche Atonie der Gebärmutter eintritt; das Nachgeburtsgeschäft darf nicht übereilt werden, und verlangt eine besondere Aufmerksamkeit.

4. Vorgerücktes Alter des Weibes.

§. 568.

Das vorgerückte Alter des Weibes, vorzüglich einer Erstgeschwängerten, galt seither für einen Umstand, welcher besonders geeignet wäre, die Geburt regelwidrig zu machen. Es lässt sich nun zwar annehmen, dass eine bejahrte Erstgeschwängerte desto mehr die Aufmerksamkeit des Geburtshelfers in Anspruch nimmt, je näher ihr Alter der Rückbildungsperiode aus der Pubertät stehet; demungeachtet lehrt die Erfahrung, dass dieselben gemeiniglich zwar langsam, doch ohne besondere Zufälle, welche von dem vorgerückten Alter herzuleiten wären, gebären.

§. 569.

Während der Schwangerschaft ist Aufmerksamkeit auf das diätetische Verhalten, und zuweilen ein laues Bad zu empfehlen. Während der Geburt, wenn sie wegen Trägheit langsam verlauft, ist das Verfahren,

wie bei der torpiden Constitution (§. 567.) anzurathen, bei Trockenheit und Enge der äusseren Genitalien Einspritzungen von erwärmtem Oele, das Vorlegen eines in warmem Chamillenaufgusse getränkten Schwammes u. s. w.

5. Verkrüppelter Körperbau.

§. 570.

Der verkrüppelte Körperbau, wobei das Becken regelmässig seyn kann, betrifft vorzüglich die Deformität des Thorax und die freiwillige Luxation des Schenkels. Die Deformität des Thorax spricht sich meistens als Buckel, Kyphosis, aus, und pflegt durch die gemeiniglich damit verbundene Engbrüstigkeit die Schwangerschaft beschwerlich zu machen, und die Geburtsthätigkeit zu stören. Doch hat man auch viele Beispiele von solchen sehr verkrüppelten Personen, welche durchaus regelmässige Geburten hatten. Die früher dagewesene freiwillige Luxation des Oberschenkels zeigt sich zunächst durch hinkenden Gang, und in der Regel gebären Frauen, welche daran leiden, bei übrigens gutem Becken ohne Schwierigkeit.

§. 571.

Der Geburtshelfer muss bei der Behandlung seine ganze Aufmerksamkeit darauf richten, ob das Becken gleichzeitig deform ist, oder nicht. In dem letzten Falle hat er ein angemessenes Verhalten während der Schwangerschaft anzuordnen, und während der Geburt bei asthmatischen Zufällen vorzüglich das im Allgemeinen dagegen empfohlene Verfahren (§. 385. ff.) anzuwenden.

Vergl. No. 358. B. II. S. 381.

Zweites Kapitel.

Von einigen örtlichen organischen krankhaften Zuständen.

1. Brüche und Vorfälle.

§. 572.

Brüche *(Herniae)*, Schamlippen-, Schenkel- und Mittelfleischbrüche, welche vor dem Eintritte der Schwangerschaft vorhanden waren, treten zwar in der Regel durch die Ausdehnung des schwangeren Uterus für die Dauer der Schwangerschaft zurück, und fallen erst nach der Geburt wieder vor, weshalb nur selten eine Störung der Schwangerschaft oder der Geburt dadurch erfolgt: in seltenen Fällen jedoch, besonders wenn die vorgefallenen Eingeweide in dem Bruchsacke verwachsen sind, können schon während der Schwangerschaft durch den Druck und die Zerrung manche Zufälle und selbst Einklemmung und Entzündung veranlasst werden; während der Geburt aber erreichen diese Zufälle nicht selten eine gefahrdrohende Höhe. Während der Schwangerschaft hat man vorzüglich Kothanhäufung zu vermeiden, die Stuhlausleerung zu reguliren, und blähende Speisen zu verbieten. Wirkliche Einklemmung zeigt das chirurgische Verfahren an. Während der Geburt ordnet man eine horizontale Lage mit erhöhetem Becken an, und verbietet das Verarbeiten der Wehen. Wird dem ungeachtet der Bruch sehr schmerzhaft, so dass man Einklemmung, Entzündung und Brand befürchten muss, so tritt die

Anzeige ein, die Geburt durch die Kunst zu beendigen, wenn der Muttermund vollkommen eröffnet ist.

2. Puls- und Blutaderknoten.

§. 573.

Während der Schwangerschaft entstehen nicht selten Anschwellungen der Blutgefässe, besonders der Venen an den unteren Extremitäten und an der Mastdarmmündung. Bei grösserer Ausdehnung veranlassen sie Spannung, Brennen und zerreissen zuweilen auch, wodurch mehr oder minder bedeutende Blutflüsse entstehen. Man vermeidet grosse körperliche Anstrengung, und wendet Einwickelung des betreffenden Gliedes an. Während der Geburt ordnet man eine ruhige Lage bei mässiger Zimmertemperatur an, und lässt die Wehen mässig verarbeiten: bei grosser Spannung der Geschwulst macht man kalte Ueberschläge über dieselbe und legt selbst Blutegel an den Umfang derselben; wenn sie wirklich geborsten ist, so wendet man graduirte Compressen an; in dem Falle einer schwer zu stillenden Blutung oder zögernder Geburtsthätigkeit ist die Geburt durch die Kunst zu beendigen.

3. Blasensteine.

§. 574.

Blasensteine machen zuweilen schon Beschwerden während der Schwangerschaft, indem sie die Urinausleerung schmerzhaft machen oder verhindern. Während der Geburt machen sie bei kleinerem Umfange dieselbe schmerzhaft und beschwerlich, besonders wenn ein kleiner Blasenstein durch den Kopf des Kindes in die Harnröhre gedrängt worden ist: bei sehr grossem

Umfange des Steins kann jedoch die Geburt unmöglich oder doch höchst gefährlich werden, wenn sich derselbe unterhalb des vorrückenden Kopfes der Frucht befindet. Kleine Steine in der Harnröhre sucht man durch eine angemessene Zange auszuziehen, oder wenn dieses nicht angehet, mittelst eines Katheters vorsichtig in die Blase zurückzuschieben. Grosse Blasensteine, welche die Geburt gefährlich oder unmöglich machen, müssen durch den Steinschnitt entfernt, und dann die Geburt künstlich beschleunigt werden.

4. Knochenbrüche und Verletzungen.

§. 575.

Knochenbrüche und Verletzungen, welche nicht die Geburtstheile unmittelbar betreffen, stören nach dem Verhältnisse ihrer Wichtigkeit, und nach der Sensibilität der Schwangeren mehr oder minder die Schwangerschaft, und können selbst Frühgeburt veranlassen. Während der Geburt machen sie den Vorgang derselben mehr oder minder beschwerlich, und bei bedeutenden Verletzungen auch unerträglich. Die Behandlung während der Schwangerschaft hat vorzüglich rücksichtlich der Lage und Verbandstücke diese letztere zu berücksichtigen. Während der Geburt ist eine möglichst angemessene Lage, in welcher die Geburt gut von statten gehen kann, und das verletzte Glied zugleich möglichst geschont wird, das erste Erforderniss; wenn aber der Eindruck der Wehen in der dritten oder vierten Periode nicht ertragen werden kann, ohne übele Folgen fürchten zu lassen, so ist es rathsam, die Geburt durch die Kunst zu beendigen.

Zweiter Abschnitt.

Von den organischen krankhaften Zuständen der Geschlechtsorgane.

Erstes Kapitel.

Von dem regelwidrigen Becken.

§. 576.

Regelwidrig ist das Becken, wenn es durch seine Grösse, Form und Richtung entweder übermässige Beschleunigung der Geburt, oder regelwidrige Stellung des Kindes und einzelner Theile desselben, oder Schwierigkeit, oder gar Unmöglichkeit des Durchganges des Kindes durch dasselbe bedingt.

§. 577.

Die Ursachen der Fehler des Beckens sind: erste Bildung, Erweichung und Verbiegung der Knochen, durch Rhachitis im kindlichen Alter und Osteomalacie nach dem Eintritte der Pubertät, Knochenwucherungen, Osteosteatome und Exostosen, so wie Knochengeschwüre, welche gemeiniglich in veralteter Syphilis ihren Grund haben, Luxationen und Knochenbrüche. Je schwieriger in den meisten Fällen die genaue Ausmittelung des Grades der Fehlerhaftigkeit des Beckens ist, desto wichtiger ist es, die Aetiologie und deren Einfluss auf die bestimmte Form des fehlerhaften Beckens genau zu kennen.

§. 578.

Als Fehler der ersten Bildung findet man das zu grosse und das zu kleine Becken, welche im Allgemeinen von der regelmässigen Form nicht abweichen. Das zu grosse Becken ist entweder allgemein oder theilweise zu weit, und das zu kleine Becken entweder für sich oder durch bestimmte Verhältnisse zu klein.

§. 579.

1) Das allgemein zu weite Becken findet man theils bei Personen von bedeutender Körpergrösse, und in diesem Falle ist es ohne besondere Eigenthümlichkeit seines Baues, oder man findet es bei Personen, von besonders schön entwickeltem weiblichem Habitus, und alsdann sind die Knochen des Beckens dünn und zart, das Becken sehr mässig geneigt, (gewöhnlich nur 40 bis 45 Grad) und das Kreuzbein sehr mässig gebogen. Das Maas der vergrösserten Beckenweite steigt bis zu fünf Zoll in der Conjugata, während der Querdurchmesser nicht immer in gleichem Maasse vergrössert ist. — Die Diagnose des allgemein zu weiten Becken ist durch die innere und äussere Untersuchung ohne Schwierigkeit.

§. 580.

Der Einfluss dieser Regelwidrigkeit des Beckens ist bei gleichzeitig ausgezeichnet grossem Kinde ohne Nachtheil. Ausserdem entsteht bereits in der Schwangerschaft frühes Senken des Uterus, tiefer Stand des Kopfes im Becken und dadurch Urinverhaltung, Tenesmus, Blutaderknoten, Scheidenvorfall, Anschwellung der unteren Extremitäten, Neigung zu Abortus u. s. w. Während der Geburt erfolgt leicht bei

etwas starken Wehen zu schnelle Ausschliessung des Kindes, Sturz des Kindes auf den Boden, Vorfall oder Umstülpung der Gebärmutter, oder bei mässigen Wehen durch den zu geringen Widerstand eine zu leichte Geburt, welche grosse Reizbarkeit des Uterus während des Wochenbettes, heftige Nachwehen und Neigung zu fieberhaften Zufällen veranlasst.

§. 581.

Die Behandlung gebietet gleich von Anfang an durchaus horizontale Lage, Vermeidung alles Verarbeitens der Wehenthätigkeit, künstlichen Wassersprung in der Mitte der zweiten Geburtsperiode, sorgfältige Unterstützung des Dammes und Vermeidung des Anziehens der Nabelschnur zur Entfernung der Nachgeburt, ehe diese tief in die Mutterscheide herabgestiegen ist; endlich ist während des Wochenbettes länger als gewöhnlich die horizontale Lage nothwendig, um übele Lagerungen der Gebärmutter und Blutflüsse zu vermeiden. — Das Zurückhalten des zu schnell herabsteigenden Kopfes, das Zwischenschieben eines Schwammes zwischen Kopf und Becken und ähnliche Vorschläge sind durchaus verwerflich.

§. 582.

2) Das theilweise zu grosse Becken hat bei allgemein grosser Form einen in allen Durchmessern erweiterten Beckeneingang, bei gewöhnlicher Grösse der unteren Hälfte des kleinen Beckens. Es kommt theils bei Personen von ausgezeichneter Körpergrösse, theils bei solchen von gewöhnlicher Körpergrösse, aber breiter und starker Gestalt vor. — Die Diagnose desselben ist schwer und ergiebt sich ge-

wöhnlich erst durch die Aeusserung des Einflusses auf die Geburt; daher nicht selten die günstige Vorhersagung durch erst später bemerkbare mechanische Hindernisse und Geburtszögerung widerlegt wird, besonders wenn eine starke Entwickelung der Frucht gleichzeitig stattfindet.

§. 583.

Der Einfluss des theilweise zu grossen Beckens besteht vorzüglich darin, dass der Kopf in der schiefen, beinahe transversalen Stellung tief in das Becken hinabsinkt, und sich hier der Drehung desselben Schwierigkeiten entgegenstellen. Ist die Geburtsthätigkeit mässig stark und werden die Wehen nicht zu stürmisch verarbeitet, so kann bei angemessener Lage der Kreissenden die Geburt noch durch die Kräfte der Natur beendigt werden, indem die regelmässige Drehung des Kopfes dadurch noch bewirkt werden kann. Wenn aber bei heftigem Wehendrange und vielleicht auch grossem Kopfe des Kindes, der letztere in dieser Stellung vorgetrieben wird, so erfolgt weder die Umdrehung des Kopfes in den geraden Durchmesser des Beckenausganges, noch senkt sich das Hinterhaupt tiefer als das Vorderhaupt herab, und es erfolgt nun eine Einkeilung in einer beinahe querstehenden Scheitellage, welche nach dem Grade des mechanischen Missverhältnisses verschiedene Schwierigkeiten darbietet.

§. 584.

Die Behandlung dieses Falles gebietet zuerst Beobachtung desselben bei mässigem Verarbeiten der Wehen in einer angemessenen Seitenlage; je nachdem

der Muttergrund sich mehr nach einer oder der andern Seite hinneigt (§. 617.); wenn aber bei längerem Verweilen die Kopfgeschwulst sehr bedeutend anwächst und Gefahr für das Leben des Kindes daraus entsteht, so beendigt man die Geburt durch die Zange.

§. 585.

3) Das für sich zu kleine Becken ist in seiner Form nicht auffallend verändert, jedoch in allen seinen Durchmessern ziemlich gleichmässig beschränkt, so dass diese Beschränkung ungefähr ¼ bis ½ Zoll für jeden Durchmesser beträgt, ohne leicht in bedeutendere Grade der Beschränkung überzugehen. Es findet sich vorzüglich in kleinen, in der Entwickelung gestörten Personen, und mag nicht selten Rhachitis in geringerem Grade zur Ursache haben. Die Schlankheit aller Beckenknochen, die kleinen Darmbeine und das zu wenig gekrümmte Kreuzbein geben ihm das Ansehen eines rhachitischen Beckens; der gemeiniglich spitzwinklig zulaufende Schoossbogen aber zeigt die kindliche Form, also das Zurückbleiben auf einer niederen Ausbildungsstufe, an. — Die Diagnose ist zwar in so fern nicht schwierig, dass man eine mässige Beckenbeschränkung findet; allein dass die Verengerung in allen Durchmessern stattfindet, wird gewöhnlich erst durch den Einfluss derselben auf den Geburtsvorgang in Erfahrung gebracht.

§. 586.

Der Einfluss dieser Art der Beckenbeschränkung auf die Geburt ist zunächst verschieden nach der Grösse des Kindes, und insbesondere des Kopfes, und dessen

Widerstandsfähigkeit oder Nachgiebigkeit. Kinder von sechs Pfunden Gewicht und darunter können noch immer mit mehr oder minder Schwierigkeit durch die Kräfte der Natur geboren werden, schwerere Kinder gewöhnlich aber nur mit Aufopferung ihres Lebens oder durch die Kunst. Nächstdem ist eine sich langsam entwickelnde, nicht stürmische, aber kräftige Aeusserung der Wehenthätigkeit sehr günstig. Der Eintritt des Kopfes in das Becken findet schon Schwierigkeiten, weit mehr aber noch der Fortgang desselben in dem Becken und besonders die Annäherung zum Ausgange desselben. Bei längerem Verweilen des Kopfes in der Beckenhöhle entsteht eine mehr oder minder bedeutende Einkeilung (§. 716.) mit der grössten Gefahr für das Leben des Kindes, weil der Kopf von allen Seiten zusammengedrückt wird, und der Druck desselben auf die Sacralnerven macht die Geburt höchst schmerzhaft und bei längerer Dauer werden hierdurch die Wehen krampfhaft und unwirksam.

§. 587.

Die Behandlung muss zunächst dahin wirken, den Eintritt des Kopfes in das Becken und sein möglichst tiefes Herabsteigen in demselben zu begünstigen, wenn es nicht möglich seyn sollte, die Geburt ganz durch die Kräfte der Natur beendigen zu lassen. In einer möglichst zweckmässigen Lage lässt man die Wehen nur mässig verarbeiten und verzögert den Wassersprung; ferner wendet man nach den Umständen innere und äussere Mittel an, um die Wehenthätigkeit möglichst regelmässig zu erhalten, besonders wenn der Druck auf die Sacralnerven seine Wirkung zu äussern anfängt, und endlich beendigt man, bei zu

langer Verzögerung, die Geburt durch die Zange, deren Anwendung man, vorzüglich in diesem Falle, so lange aufschieben muss, als es ohne Lebensgefahr für das Kind geschehen kann.

§. 588.

4) Das durch Verhältnisse zu enge Becken hat zwei Arten, ein theilweise und ein allgemein zu enges Becken. Das theilweise zu enge Becken dieser Art hat seinen einzigen Fehler in zu tiefem Stande des Promontoriums, welches der ungenannten Linie der Darmbeine gleich stehet. Die Conjugata wird dadurch um vier bis sechs Linien zu kurz, während die übrigen Verhältnisse des Beckens sich vollkommen gleich bleiben. Der Einfluss, so wie die Behandlung dieser Art der Beckenbeschränkung ist vollkommen der gleich, welche bei dem in gleichem Grade beschränkten rhachitischen Becken stattfindet.

§. 589.

Das allgemein zu enge Becken dieser Art ist bei übrigens regelmässigen Durchmessern dadurch zu enge, dass das Verhältniss seiner Höhe zu gross ist und der Beckenkanal dadurch zu lang wird. Da der untersuchende Finger das Promontorium nicht erreichen kann, so ist es schwer zu erkennen. Der Einfluss und die Behandlung desselben ist dem bei dem allgemein zu kleinen Becken (§. 586) gleich.

§. 590.

5) Das rhachitische Becken, in welchem Grade es auch beschränkt seyn mag, behält stets seine eigenthümliche Form und Eigenschaften, welche ge-

nau zu kennen durchaus nothwendig ist, weil man dadurch das Resultat der geburtshülflichen Untersuchung vervollständigen kann. Jede Erweichung der Beckenknochen, durch irgend einer Ursache, in der Kindheit vor dem Eintritte der Pubertät wird übrigens stets die Form der Beckenbeschränkung veranlassen, welche wir bei dem rhachitischen Becken finden.

§. 591.

Die rhachitische Form des Beckens hat das Eigenthümliche, dass der grösse Durchmesser des oberen oder grossen Beckens durch das weitere Auseinanderstehen der vorderen oberen Spitzen der Darmbeine grösser als gewöhnlich, die Conjugata des Beckeneinganges immer und gemeiniglich bedeutend verkleinert ist, der Querdurchmesser des Einganges unverändert oder gar vergrössert ist. In der Beckenhöhle ist der gerade Durchmesser noch verkleinert, aber mässiger als im Eingange, der Querdurchmesser ist hier gross, und im Ausgange des Beckens ist der Querdurchmesser durch die weiter als gewöhnlich auseinanderstehenden Sitzbeinhöcker und den weiten Schambogen vergrössert, und häufig ist dieses auch der gerade Durchmesser des Ausganges, so dass der Beckenausgang weiter ist als gewöhnlich. Das rhachitische Becken ist daher nur in dem Beckeneingange und zwar in dem geraden Durchmesser zu enge.

§. 592.

Die Knochen sind zwar von der in der Kindheit erlittenen Erweichung wieder erhärtet, allein sie sind dünn und klein, und offenbar in der Ausbildung zurückgeblieben; obgleich der weite Schambogen durch-

aus gegen die kindliche Form des Beckens spricht, so verhält sich die Knochenmasse selbst doch durchaus kindlich. Das Kreuzbein ist breiter als gewöhnlich, gemeiniglich aber kürzer, seine Aushöhlung ist verloren gegangen, indem es sich der Länge nach gestreckt hat, und auch seine Querwölbung ist durch Zurückziehen seiner Flügel hinter den Vorberg verschwunden: in bedeutenden Fällen tritt es in seiner Mitte convex hervor, statt concav zu seyn. Der Vorberg stehet tiefer als gewöhnlich, und das Kreuzbein ist mit seinem oberen Ende mehr vor- und einwärts und mit seinem unteren Ende mehr rück- und auswärts gerichtet.

§. 593.

Die Darmbeine sind weit kleiner als gewöhnlich und ihre inneren Flächen durch das Auseinanderweichen der vorderen oberen Spitzen mehr nach vorn gewendet. Besonders aber ist der Antheil der Conjugata, welcher die ungenannte Linie der Darmbeine giebt, durch Verkleinerung derselben verkürzt.

§. 594.

Die Wölbung der Horizontaläste der Schambeine ist abgeflacht und dadurch die Conjugata verkürzt; in bedeutenden Fällen der Beschränkung ist einer derselben einwärts gebogen und nähert sich dem vorwärts geneigten Promontorium. Die absteigenden Aeste der Schambeine stehen weit auseinander und bilden, vereinigt mit den weit von einander stehenden Sitzbeinen, den weiten Schambogen und den weiten Beckenausgang.

§. 595.

Das Becken ist überhaupt niedriger als gewöhnlich und die Pfannen sind mehr nach vorn gelagert. In geringerem Grade der Beschränkung ist die Form noch symmetrisch, in höherem Grad wird es auf einer Seite, gemeiniglich auf der linken, mehr beschränkt, und in sehr bedeutendem Grade wird es ganz deform, indem es sich auf eine Seite neigt, die Lendenwirbel sich verkrümmen, ein Darmbein hoch und das andere niedrig stehet, das Kreuzbein schief nach einer Seite sich wendet und der Horizontast eines Schambeins mit der inneren Pfannenwand sich dem Promontorium nähert, so dass die Conjungata bis auf einen Zoll und weniger beengt wird. Die Form des Beckeneinganges erscheint alsdann wie eine liegende arabische Acht (∞). Der Grad der rhachitischen Beckenbeschränkung in der Conjugata kann daher von 0 bis 3½ Zoll betragen, doch findet man denselben am häufigsten von 2½ bis 3¼ Zoll, und der Einfluss als Geburtshinderniss ist nach seinem Grade verschieden (§. 607. ff.)

Aus dem bisher Gesagten gehet hervor, was von manchen angeblichen Ursachen des beschränkten Beckens zu halten ist, wie z. B. das feste Wickeln der neugebornen Kinder, das feste Einschnüren junger Mädchen, das Sitzen auf harten Bänken u. s. w., indem gerade die von diesem Drucke berührten Stellen des Beckens weiter sind als gewöhnlich. (Diese Einwirkungen können nur mittelbar durch Störung der Asimilation und Reproduction als Ursache der Rhachitis auf das Becken wirken.) Desgleichen wie wenig die äussere Ausmessung durch Ausmittelung der Entfernung der Hüftbeinkämme ein genügendes Resultat bei dieser Beckenbeschränkung, welche von allen die häufigste ist, geben kann.

§. 596.

6) Das ostermalacische Becken, in jedem Grade der Beschränkung, behält stets seine eigenthümliche Form, deren genaue Kenntniss die Bestimmung des Grades der Enge des Beckens bei der geburtshülflichen Untersuchung sehr erleichtert. Jede Erweichung der Beckenknochen nach vollendeter Pubertät, durch welche Ursachen sie auch bewirkt wird, z. B. Gicht, Scorbut u. s. w. bringt stets diese eigenthümliche Form hervor, welcher die rhachitische, als vor der Pubertät in der Kindheit erworben, gegenübersteht.

§. 597.

Die Form des durch Knochenerweichung nach eingetretener Pubertät verbogenen Beckens hat das Eigenthümliche, dass das Becken im Allgemeinen von beiden Seiten zusammengedrückt erscheint, und daher die Darmbeine mehr aufgerichtet und einander genähert sind, wodurch der Querdurchmesser des grossen Beckens verkleinert wird (doch findet man hiervon wohl zuweilen Ausnahmen, indem die Darmbeine auch flach liegend, jedoch selten, beobachtet werden); das kleine Becken ist in der oberen und unteren Beckenöffnung gleichmässig beschränkt, und zwar so, dass der Querdurchmesser des Einganges vorzüglich verkleinert, die Conjugata aber nur etwas durch das Herabsinken und Vorwärtsneigen des Promontoriums beschränkt wird; der Querdurchmesser der Beckenhöhle zwar auch bedeutend beschränkt, der gerade Durchmesser derselben aber durch die verstärkte Krümmung des Kreuzbeins vergrössert ist; ferner dass der Ausgang des Beckens, aber vorzüglich im Querdurch-

messer, durch Annäherung der Sitzbeinhöcker an einander verengt ist, wodurch der Schambogen in höheren Graden ganz zusammengedrängt wird: der gerade Durchmesser im Ausgange wird auch durch Vorwärtsbiegung des unteren Endes des Kreuzbeines beengt.

§. 598.

Die Knochen sind bei der Osteomalacie, welche von dem Eintritte der Schwangerschaft an noch bedeutend zunimmt, dicker als gewöhnlich, und bald mehr weich und biegsam, bald mehr spröde und leicht zerbrechlich, bald vereinigen sich diese beiden Eigenschaften darin. Die Beinhaut ist dabei ungemein verdickt. Die noch fortdauernde Biegsamkeit scheint den Gedanken zu rechtfertigen, dass durch die Kräfte der Natur oder der Kunst die Beschränkung des Beckens bei der Geburt durch Erweiterung gehoben werden könnte, wobei jedoch sehr zu fürchten ist, dass der Grad der Zerbrechlichkeit der Knochenmasse nicht vorher bestimmt werden kann und in einem solchen Falle leicht Zertrümmerung des ganzen Beckens erfolgen könnte.

§. 599.

Das Kreuzbein wird sehr stark gekrümmt, so dass sein oberes und unteres Ende sich einander nähert, seine Flügel ziehen sich zurück und es wird durch Aufsaugung und Druck von beiden Seiten schmäler; die Darmbeine leiden vorzüglich durch den Druck an ihrer oberen Gegend, die ungenannte Linie derselben wird, ohne weitere Verbiegung derselben, einwärts in das Becken geschoben, und dadurch der Querdurchmesser des Einganges beengt. Am Meisten werden

stets die Schambeine und Sitzbeine verbogen; die Horizontaläste der Schambeine werden von beiden Seiten so zusammen- und einwärts gedrückt, dass sie sich im höchsten Grade berühren und die Schambeinvereinigung schnabelförmig vorwärts drängen; die Sitzbeine werden von beiden Seiten so zusammengedrängt, dass im höchsten Grade sich die Sitzbeinhöcker berühren und die absteigenden Aeste der Schambeine nur eine durch den Strahl des Urins gebildete Oeffnung übrig lassen.

§. 600.

Der Grad der osteomalacischen Beckenbeschränkung beträgt von 0 bis zu drei Zoll im kleinsten Durchmesser. Im geringeren Grade beschränkt sich die Beengung des Beckens vorzüglich auf den Beckenausgang, wo der Querdurchmesser bis auf drei Zoll beschränkt wird, ohne dass der Beckeneingang daran Antheil nimmt: im höheren Grade verbreitet sich aber die Beschränkung auch auf den Eingang und die Beckenhöhle, und im höchsten Grade werden die beiden Horizontaläste der Schambeine, so wie auch die Sitzbeinhöcker, von beiden Seiten zusammengedrückt, so dass sie einander entweder ganz nahe stehen oder sich berühren. — Der Einfluss dieser Art der Beckenbeschränkung ist dem Grade nach verschieden, doch muss dabei in Erwägung gezogen werden, dass in höheren Graden nicht eine einzelne Stelle, sondern der ganze Canal des kleinen Beckens beengt ist.

§. 601.

7) Die Knochenwucherung, als Ursache der Beckenbeschränkung, entsteht vorzüglich aus veralte-

ter Syphilis oder chronischer Entzündung der Knochen, und stellt sich in der Form der Exostose, wenn die Aufwucherung im Contexte eines Knochens stattfindet, oder des Osteosteatoms, wenn sie aus einer Knochenverbindung sich entwickelt, dar.

§. 602.

Die Exostose hat ihren Sitz vorzüglich an dem Kreuzbeine, dem Sitzbein und der inneren Pfannenwand; sie bleibt klein von Umfang, erhebt sich selten über einen halben Zoll, und kommt überhaupt selten vor. Wenn man ihren Einfluss auf die Geburt würdigen will, so bestimmt man den Durchmesser von der erhabensten Stelle derselben bis zu der gerade entgegengesetzten Stelle des Beckens, um hierdurch die am Meisten beeinträchtigte Stelle des Beckens auszumitteln.

§. 603.

Das Osteosteatom kommt auch selten als Grund der Beckenbeschränkung bei der Geburt vor. Es entsteht vorzüglich aus einer Kreuzdarmbeinfuge, und kann dem Grade nach so lange fortwuchern, bis es die ganze Beckenhöhle ausfüllt oder sich noch darüber erhebt. Der Einfluss desselben auf die Geburt ist nach dem Grade der Beschränkung verschieden und die Ausmittelung desselben geschieht auf gleiche Weise, wie bei der Exostose.

§. 604.

8) Knochengeschwüre und Luxationen durch innere Bedingung können das Becken nur insofern deform machen, als dadurch eine Stelle dessel-

ben erweicht, eingebogen und der Raum beschränkt wird. Der Einfluss ist dann nach dem Grade der Beschränkung anzuschlagen. — Freiwilliges Hinken, selbst mit Luxation des Schenkelkopfes, bleibt in der Regel ohne nachtheiligen Einfluss auf die Geburt, wenn keine Erweichung des Beckens dabei stattfand.

§. 605.

9) Knochenbrüche des Beckens, welche übelgeheilt, mehr oder minder scharfe und hervorragende Unebenheiten im Becken zurücklassen, kommen zwar sehr selten als Ursache des deformen Beckens vor: doch ist ihr Einfluss nicht allein als Beckenbeschränkung, sondern auch insofern anzuschlagen, als ihre etwaige Schärfe oder Spitze verletzend auf den Uterus oder die Mutterscheide einwirken kann.

§. 606.

Der Einfluss des zu engen Bekens auf die Geburt und die Behandlung dieses Geburtshindernisses ist nach dem Grade verschieden. Wenn man dabei eine mittlere Grösse des Kindes von etwa sieben Pfund Gewicht und ein regelmässiges Verhalten der Geburtsthätigkeit voraussetzt, so kann man für die Praxis drei verschiedene Grade von Beckenbeschränkung unterscheiden, bei welchen der am Meisten beschränkte Durchmesser, also bei dem rhachitischen Becken die Conjugata und bei dem osteomalacischen Becken den Querdurchmesser u. s. w. die Bestimmung angiebt.

§. 607.

Der erste Grad der Beckenbeschränkung, von 3 bis 3¾ Zoll im kleinsten Durchmesser, lässt noch hof-

fen, dass die Natur die Sache beendigen könne, je grösser innerhalb der gegebenen Grenze das Maass noch ist. Wirklich hat man, besonders bei rhachitischem Becken, bei einer Conjugata von 3½ bis 3¾ Zoll die Natur bei kräftiger Entwickelung der Wehenthätigkeit zuweilen noch die Geburt beendigen gesehen, während der Eindruck des Promontoriums am Schädel des Kindes das mechanische Missverhältniss anzeigte. Wenn daher immer in diesem Falle bei der Schwierigkeit des Eintrittes des Kopfes in das Becken eine schwere Geburt vorauszusehen ist, so soll man doch, bei angemessener Lage der Kreissenden, die Sache erst so lange der Natur überlassen, bis man sich überzeugt hat, dass dieselbe die Geburt nicht beendigen könne, und dann erst durch die Zange die Frucht ausziehen, welches selbst nicht immer gelingt, sondern zuweilen noch die Perforation des Kopfes fordern kann.

§. 608.

Wenn aber die Beckenbeschränkung in dem engeren Verhältnisse dieses Grades zu 3 bis 3½ Zoll im kleinsten Durchmesser vorhanden ist, so stellen sich dem Eintritte des Kopfes in das Becken schon grosse Hindernisse entgegen. Das Kind von ungefähr sieben Pfund Gewicht kann hier nicht durch die Kräfte der Natur durch das Becken geführt werden, und selbst die Zange, welche in manchen Fällen noch das Kind, zuweilen sogar lebend, hervorzieht, reicht in vielen Fällen nicht aus, sondern muss der Perforation die Beendigung der Geburt überlassen. Daher ist dieses vorzüglich der Grad der Beckenbeschränkung, welcher die künstliche Frühgeburt anzeigt, und wo die-

selbe als das beste Auskunftsmittel anzusehen ist. — Die Kaisergeburt darf hier nicht angewendet werden, da die genannten anderen Wege der Entbindung noch einen günstigen Ausgang hoffen lassen.

§. 609.

Der zweite Grad der Beckenbeschränkung, von $2\frac{1}{2}$ bis zu 3 Zoll im kleinsten Durchmesser, setzt die Unmöglichkeit, dass ein ausgetragenes oder selbst ein lebensfähiges Kind durch das Becken gehen kann, ohne sein Leben zu verlieren. Die Zange und die künstliche Frühgeburt sind hier gänzlich verboten, man müsste dann die letztere als Abortivmittel zulassen, welches eine rationelle Geburtshülfe nicht gestattet. Die zwei einzigen Hülfsmittel, wodurch die Entbindung bewirkt werden kann, sind hier die Kaisergeburt bei lebendem, und die Perforation bei todtem Kinde.

§. 610.

Der dritte Grad der Beckenbeschränkung, unter $2\frac{1}{2}$ Zoll im kleinsten Durchmesser, lässt auf keine Weise, weder tod noch lebendig, die Frucht durch das Becken gehen, mit Ausnahme des Abortus. Wegen der grossen Beschränkung des Raumes können weder Instrumente zur Perforation bis zu dem todten Kinde mit Sicherheit gebracht, noch dasselbe ausgezogen werden. Daher ist hier der einzige Weg der Entbindung in allen Fällen, bei todtem und bei lebendem Kinde, der Kaiserschnitt.

§. 611.

Die regelwidrige Neigung des Beckens ist entweder zu stark oder zu gering. Im ersten Falle,

wobei die Neigung 60° überschreitet, ist gewöhnlich Hängebauch und die Lage der äusseren Geschlechtstheile nach unten und hinten damit verbunden. Der Einfluss, welchen dieselbe auf die Geburt hat, besteht darin, dass der vorliegende Kindestheil in den ersten Geburtsperioden hoch stehen bleibt und Gelegenheit zu dem Vorfall einer Hand oder der Nabelschnur giebt, auch selbst den Uebergang in abnorme Fruchtlagen begünstigt. Das Verfahren dabei beschränkt sich darauf schon in den ersten Geburtsperioden, eine etwas reclinirte Rückenlage anzuordnen. — Die zu geringe Neigung des Beckens, unter 45°, findet bei schlanken, gross gewachsenen Personen mit weitem Becken statt. Der Einfluss und die Behandlung ist daher wie bei diesem letzteren angegeben wurde (§. 581.) Die Neigung des Beckens nach einer Seite zeigt während der Geburt eine Seitenlage auf der Seite an, auf welcher das Becken zu tief stehet.

§. 612.

Die Regelwidrigkeit der Gelenkverbindungen des Beckens bestehet in zu grosser Festigkeit und zu grosser Beweglichkeit derselben. Die zu grosse Festigkeit, Anchylose der Beckenverbindungen, wurde ehemals höher angeschlagen, als sie es verdient, und kann für sich nur dann Geburtshinderniss werden, wenn sie bei der Operation des Schamfugenschnittes vorkommt. — Die regelwidrige Beweglichkeit der Gelenkverbindungen wird zunächst in der Schwangerschaft lästig, indem sie den Gang wankend und unsicher macht. Bei der Geburt kann sie denselben Einfluss, wie das weite Becken haben, und erhält die bei diesem empfohlene Behandlung (§. 581.), wenn

man gänzliches Auseinanderweichen der Beckenknochen während der Geburt zu fürchten hat, so legt man einen gut schliessenden gepolsterten Riemen oder eine Binde um das Becken.

§. 613.

Die Verrenkung des Steissbeins kann bei einer schweren Geburt, durch rohe Behandlung der Geburt, oder durch einen Fall mit der Gelenkverbindung des Steissbeins auf einen spitzen Körper geschehen. Sie muss, sobald sie erkannt wird, eingerichtet werden. Die Anchylose des Steissbeines entsteht entweder durch eine nicht wieder eingerichtete Verrenkung desselben, oder durch Gicht: sie kann in der vierten Geburtsperiode dem Austritte des Kopfes hinderlich werden oder denselben etwas erschweren; doch wurde dieses Hinderniss früher zu hoch angeschlagen, und kann nur bei höherem Grade die Beendigung der Geburt durch die Zange anzeigen. — Die zuweilen vorkommende Seitwärtsrichtung des Steissbeins giebt leicht Veranlassung zu Darmrissen bei der Geburt.

Vergl. No. 305. — 334. — 343. — 380. — 397. — 440. — 550. — 555. — 664. — 951. — 1070. — 1138. — 1405. — 1432. B. II. S. 51. — 1581. — 1645. — 1877. — 2154. St. 1. — 2160. B. I. 2210. — 2381. — 2402. — 2465. B. III. H. 2. p. 292.

Zweites Kapitel.

Von den organischen krankhaften Zuständen der Gebärmutter.

1. Schiefheit der Gebärmutter.

§. 614.

Die Schiefheit der Gebärmutter *(Obliquitas uteri quoad figuram)* bestehet in einer ungleichmässigen Form dieses Organes, indem eine Seite desselben mehr entwickelt als die andere ist, und daher der Muttermund schief nach derselben Mutterseite gerichtet ist, nach welcher hin der Gebärmuttergrund liegt: zuweilen ist dabei eine Stelle der Gebärmutter sackartig erweitert. Während der Schwangerschaft giebt dieselbe nicht selten Veranlassung zu regelwidrigen Fruchtlagen; auch findet nicht selten Schmerzhaftigkeit des Leibes an einzelnen Stellen statt. Während der Geburt entwickelt sich die Wehenthätigkeit langsam, ungleichmässig und wenig wirksam, der Muttermund eröffnet sich langsam, und die Geburt zögert nicht selten noch in der dritten und vierten Periode, so dass Lebensgefahr für die Frucht eintritt: auch findet man dabei nicht selten regelwidrige Fruchtlagen. Die Ursache bestehet entweder in einer als Fehler der ersten Bildung schon vorhandenen Abweichung der äusseren Form oder in einer ungleichmässigen Entwickelung und Dicke der Wandung des Uterus während der Schwangerschaft, oder in Beschwängerung einer Höhle des durch eine Scheidewand getheilten Uterus.

§. 615.

Während der Schwangerschaft sind bei angemessenem diätetischem Verhalten Einreibungen des Leibes mit milden Oelen und von Zeit zu Zeit lauwarme Bäder anzurathen. Während der Geburt lässt man die Kreissende sich in den beiden ersten Perioden ruhig verhalten und eine Seitenlage auf der mehr entwickelten Uterusseite beobachten: man regulirt die Wehenthätigkeit durch diätetische und medicinische Mittel, und bei fernerer Zögerung der Geburt in der dritten oder vierten Periode beendigt man dieselbe durch die Kunst. Da in der fünften Geburtsperiode leicht passive Blutflüsse eintreten, so richtet man seine ganze Aufmerksamkeit auf dieselben.

2. Schieflagen der Gebärmutter.

§. 616.

Die Schieflage der Gebärmutter findet nach vorn als Hängebauch, und nach beiden Seiten statt; die Schieflage nach hinten, welche von Einigen bei Verkrümmungen der Lendenwirbel angenommen wurde, kommt nicht vor. Die Schieflage unterscheidet sich von der Schiefheit der Gebärmutter dadurch, dass der Muttermund in der dem Muttergrunde entgegengesetzten Richtung gefunden wird. Ausserdem findet man die Schieflage auch als Verdrehung der Gebärmutter, so dass eine Seite derselben nach vorn, die andere nach hinten gerichtet ist. Der Einfluss der Schieflagen ist zwar nicht so bedeutend, wie er in früheren Zeiten angenommen wurde, doch kann durch dieselben übele Lage der Frucht, Schwierigkeit des Eintrittes des Kopfes in das Becken, Vorfall eines Armes oder

der Nabelschnur, und unvollkommene Entwickelung der Wehenthätigkeit veranlasst werden.

§. 617.

Schon in der Schwangerschaft lässt man während der Nacht die Lage beobachten, welche der Richtung des Muttergrundes entgegen gesetzt ist; also bei der Schieflage nach rechts auf der linken Seite, bei der Schieflage nach links auf der rechten Seite, und bei dem Hängebauche eine möglichst horizontale Rückenlage: bei Tage stützt man den Hängebauch durch eine angemessene Bauchbinde. Bei der Geburt vermeidet man gleich von Anfang an das Umhergehen und Stehen und lässt eine der angezeigten Lagen annehmen. Wenn die flache Rückenlage wegen Engbrüstigkeit nicht ertragen wird, so muss der Muttergrund mit den Händen oder mittelst einer breiten Bauchbinde emporgehoben werden. Besondere Abweichungen in dem Geburtsverlaufe werden nach den Regeln behandelt.

Vergl. No. 401. — 1055. — 1412. — 1497. — 1642. 2253. — 2422. —

3. Vorfälle der Gebärmutter.

§. 618.

Die Vorfälle der Gebärmutter kommen vor als Vorfall im engeren Sinn (*Prolapsus s. descensus uteri*), als Vorwärtsbeugung (*Pronatio uteri*), als Rückwärtsbeugung (*Retroversio uteri*), und als Umstülpung der Gebärmutter (*Inversio uteri*). Sie kommen während der Schwangerschaft, während der Geburt und nach der letzteren vor, und veranlassen Zufälle von verschiedener Bedeutung.

§. 619.

a) Der Vorfall der Gebärmutter (*Prolapsus uteri*) besteht darin, dass die Gebärmutter entweder in das Becken herabsinkt und dort feststehen bleibt, oder mit Umstülpung der Mutterscheide aus dem Becken hervortritt, so dass der Muttermund ausserhalb des Scheideneinganges hervorragend gefunden wird; nach dieser Verschiedenheit unterscheidet man einen vollkommenen und einen unvollkommenen Vorfall.

§. 620.

Die Folgen des Vorfalles während der Schwangerschaft sind Stuhl - und Urinverhaltung, Abortus, Einklemmung, Entzündung u. s. w.; doch treten dieselben zuweilen sehr langsam und spät, zuweilen auch gar nicht ein, so dass die Schwangerschaft bis zu dem regelmässigen Geburtstermin fortdauren kann.

§. 621.

Die Behandlung des Vorfalles der Gebärmutter während der Schwangerschaft besteht zunächst in der Beseitigung der Stuhl - und Urinverhaltung, wobei man einen biegsamen Katheter in der Blase liegen lässt. Steigt dann bei einer horizontalen Seiten - oder Rückenlage der Uterus nicht von selbst empor, so reponirt man ihn mit Vorsicht, indem man den Mutterhals mit der beölten und eingeführten halben Hand umfasst, und nach der Richtung der Beckenhöhle aufwärts führt. Geht dieses in der gewöhnlichen Lage nicht an, so erreicht man oft seinen Zweck, wenn man die Schwangere sich auf die Kniee und Ellenbogen stützen lässt, und die Reposition von hinten macht. Gegen die Entzündung wird nach den Regeln ver-

fahren, und eine Zeitlang eine horizontale Lage beobachtet. Kann der Uterus nicht reponirt werden, so ist horizontale Lage und Unterstützung des Vorfalles durch eine passende Binde zu empfehlen.

§. 622.

Der Einfluss des Vorfalles der Gebärmutter bei der Geburt ist dem Grade nach verschieden, je nachdem bei dem Herabtreten des vorliegenden Kindestheils nur die vordere Muttermundslippe vor den Genitalien sichtbar wird, oder der Mutterhals und selbst der Mutterkörper mit der umgestülpten Mutterscheide aus dem Scheideneingange hervorgetreten ist. Der geringere Grad hat die Folge, dass im Verlaufe der Geburt die vordere Lippe des Muttermundes zwischen dem Kopfe des Kindes und dem Becken eingeklemmt und entzündet wird, wobei jedoch die Geburt noch häufig durch die Kräfte der Natur beendigt werden kann. Der höhere Grad bringt dieselben Zufälle weit stärker hervor, veranlasst Urinverhaltung, und nach der Ausschliessung der Frucht leicht tieferen Vorfall, und selbst Umstülpung der Gebärmutter.

§. 623.

Die Behandlung des geringeren Grades erfordert bei der Geburt horizontale Rückenlage, Vermeiden des Verarbeitens der Wehen, und wenn der Kopf des Kindes durchschneidet, Zurückhalten der äusserlich sichtbaren vorderen Lippe des Muttermundes, mittelst der mit Oel bestrichenen Fingerspitzen: schwillt der Muttermund bei längerer Verzögerung der vierten Geburtsperiode sehr an, so muss der Kopf des Kindes bei sorgfältigem Zurückhalten des Mutter-

mundes mit der Zange entwickelt werden. In dem höheren Grade wird der vorgefallene Abschnitt der Gebärmutter, bei sehr flacher Rückenlage mit einem grossen in warmes Oel getauchten Schwamme bedeckt, und wenn der Kopf des Kindes hervortritt, oder durch die Zange hervorgeleitet werden muss, so legt man ein doppeltes beöltes Leinentuch, in dessen Mitte eine ovale Oeffnung, zum Durchlassen des Kopfes eben gross genug, befindlich ist, vor, und lässt es von einem oder zwei Gehülfen sanft nach den Geschlechtstheilen anziehen, so dass der Gebärmuttervorfall zurückgehalten wird. Nach der Ausschliessung der Frucht reponirt man den Uterus mit Vorsicht, und lässt wo möglich die Placenta noch einige Zeit zurück: muss dieselbe aber entfernt werden, so wendet man dabei die grösste Vorsicht an, um kein neues und tieferes Herabsinken der Gebärmutter zu veranlassen.

§. 624.

Der Vorfall der Gebärmutter nach der Geburt erfolgt vorzüglich bei weitem, wenig geneigtem Becken, schneller Geburt, besonders bei aufrechter Stellung, durch zu frühes Aufstehen aus dem Wochenbette u. s. w.: die Folgen sind Schmerz, Ohnmachten, Blutflüsse, Entzündung u. s. w. Die Behandlung beschränkt sich darauf, den vorgefallenen Uterus durch Einführung der halben oder ganzen Hand zu reponiren, und durch längeres Verweilen in einer Rückenlage mit erhöhetem Becken dem Wiedervorfall vorzubeugen. In die Scheide legt man einen kleinen Schwamm zur Stütze, und erst nach Beendigung des Wochenbettes wendet man zusammenziehende Mittel örtlich an, wenn der Zufall alsdann noch nicht ganz gehoben ist.

Vergl. No. 100. — 139. — 219. — 513. — 601. — 754. — 755. — 937. — 1036. 1225. — 1412. — 1507. — 1603. — 1609. — 1875. — 2229a. 2253. — 2329. —

§. 625.

b) Die Vorwärtsbeugung der Gebärmutter *(Pronatio uteri)*, bei welcher die Gebärmutter in ihrem Körper so zusammen gebogen ist, dass man bei der Untersuchung den Muttergrund hinter den Schambeinen und den Muttermund vor dem Kreuzbeine findet, kommt nur sehr selten in den ersten Monaten der Schwangerschaft und gleich nach der Geburt vor. Während der Schwangerschaft wird sie vorzüglich durch Urinverhaltung, starke körperliche Anstrengung und äussere Gewalt verursacht. Die Folgen derselben sind Urinverhaltung und Stuhlverhaltung, Einklemmung, Entzündung und Abortus. Wenn sie gleich nach der Geburt vorkommt, welches höchst selten geschieht, so veranlasst sie Schmerz, Urinverhaltung, Nervenzufälle, Entzündung, und wenn sie längere Zeit verkannt wird, Brand und den Tod.

§. 626.

Die Behandlung hat zunächst die Urinausleerung durch Einlegen des Katheters zu bewirken, und wenn nach derselben die Gebärmutter nicht von selbst emporsteigt, so nimmt man die Reposition derselben durch Einführung der beölten halben Hand vor, welche man durch Mitwirkung der andern Hand über den Schambeinen unterstützen kann. Eine horizontale Lage muss eine Zeitlang beibehalten werden.

Vergl. No. 1412. — 1483. — 1951. —

§. 627.

c) Die Zurückbeugung der Gebärmutter (*Retroversio uteri*) besteht darin, dass die Gebärmutter in ihrem Körper so zusammengebogen wird, dass der Muttergrund vor dem Kreuzbeine heruntersteigt, während der Muttermund hinter und über der Schambeinvereinigung steht. Urinverhaltung ist die häufigste Ursache, ausserdem kann das Uebel auch durch körperliche Anstrengung oder äussere Gewalt entstehen, Urinverhaltung veranlassen, und dadurch bis zu dem höheren Grade gebracht werden. Sie kommt nicht selten während der ersten vier Schwangerschaftsmonate, am häufigsten im dritten, und zuweilen auch nach der Geburt vor.

§. 628.

Wenn sie während der Schwangerschaft eintritt, so erfolgen bei einiger Dauer der Zurückbeugung, Schmerzen im Becken, im Mastdarme und im Unterleibe; der letztere wird durch die Urinanhäufung ausgedehnt, so dass der Blasengrund zuweilen bis gegen den Nabel emporsteigt. Bei so grosser Ausdehnung der Blase wird der zusammengebogene Uterus tief in das Becken hinabgetrieben, und in dem höchsten Grade dieser Art findet man die Scheidenportion aus der vorderen Commissur des Scheideneinganges hervorragen, während der Muttergrund durch das herabgedrängte Scheidengewölbe über dem Damme fühlbar ist. Bei einiger Dauer des Uebels tritt leicht Frühgeburt, bei höherem Grade aber Entzündung und Brand des Uterus und der Urinblase und selbt der Tod ein.

§. 629.

Bei der Behandlung vermeidet man alle Repositionsversuche, und lässt zuerst mittelst Einführung des Katheters den Urin ab, welches bei grosser Ausdehnung der Blase langsam und mit periodischer Unterbrechung geschehen muss, damit keine Lähmung der Blase zurückbleibt: man gebraucht am Besten hierzu einen biegsamen Katheter, welchen man einen bis zwei Tage liegen lässt, um alle Anhäufung des Urins zu verhüten. Nun lässt man die Schwangere eine Seitenlage annehmen, und überlässt das Emporsteigen des Uterus der Natur; es erfolgt gemeiniglich binnen acht bis zwölf Stunden. Nur wenn am folgenden Tage der Uterus noch nicht emporgestiegen ist, welches wohl nicht leicht gefunden wird, darf die Reposition vorgenommen werden; man bewirkt dieselbe durch sanftes Emporheben des Muttergrundes mit zwei beölten, in die Scheide eingeführten Fingern.

§. 630.

Dieses Verfahren ist weit vortheilhafter, als die frühen und oft vergeblichen Repositionsversuche, welche gemeiniglich nur den Abortus bewirken. Innerlich giebt man eine Oelemulsion, und bei örtlicher Entzündung werden Blutegel an den Unterleib gesetzt; die Schwangere beobachtet acht bis zehn Tage lang eine horizontale Lage bei eingeschränkter Diät, und es wird stets dafür gesorgt, dass der Urin und Darmkoth regelmässig ausgeleert wird. Wenn der Uterus weder von selbst emporsteigt, noch durch die Kunst reponirt werden kann, und von längerer Einklemmung desselben Entzündung und Brand zu besorgen sind, so kann

man den Eihautstich mittelst einer Sonde durch den Muttermund ausüben, um durch Verkleinerung der Gebärmutterhöhle die Reposition zu erleichtern, da die Frucht unter diesen Umständen doch nicht erhalten werden kann. Den Schamfugenschnitt unter diesen Umständen unternehmen zu wollen, ist durchaus verwerflich. Der Gebrauch der Pessarien nach der Reposition ist überflüssig, wenn die Frucht erhalten wurde, da der an Umfang zunehmende Uterus am besten gegen einen späteren Vorfall sichert.

§. 631.

Die Zurückbeugung der Gebärmutter nach der Geburt bedingt dieselben Zufälle und Gefahren, wie die Vorwärtsbeugung nach derselben. Nach der Besorgung der Urinausleerung durch den Katheter hat man bald möglichst die Reposition nach den Regeln vorzunehmen.

Vergl. No. 146. — 304. — 325. — 395. — 396. — 564. — 786. — 1056. — 1161. — 1199. — 1305. — 1412. — 1417. — 1443. — 1516. — 1951. — 2250. — 2267. — 2302. — 2340. — 2388. — 2430. —

§. 632.

d) Die Umstülpung der Gebärmutter *(Prolapsus uteri cum inversione)* bestehet darin, dass der Muttergrund durch den Muttermund herabsteigt, und entweder mit seiner inneren Oberfläche in der Mutterscheide oder ausserhalb der äusseren Geschlechtstheile hervorgetreten gefunden wird: im ersten Falle ist sie unvollkommen, im letzten Falle vollkommen. Sie tritt entweder in der fünften Geburtsperiode, wo

alsdann die Placenta noch ganz oder theilweise an dem Uterus festhängt, oder gleich nach der Geburt ein. Die Gelegenheitsursachen sind bei vorhandener Laxität des Uterus oder nach übermässiger Ausdehnung desselben, übereilte Geburten bei weitem Becken, besonders in aufrechter Stellung der Kreissenden, Geburt des Kindes in dem unverletzten Eie, zu kurze Nabelschnur, bedeutende Umschlingung desselben, während die Frucht zu schnell ausgestossen wird, und besonders unvorsichtiges Anziehen der Nabelschnur bei noch nicht gehörig gelöster Placenta.

§. 633.

Die Zufälle, welche die Inversion begleiten, sind minder heftig und gefahrvoll, wenn dieselbe unvollkommen, und die krampfhafte Einschnürung des vorgefallenen Theiles in den Muttermund und die Hämorrhagie gering ist, höchst bedeutend aber, wenn diese beiden Zustände gleich mit dem Vorfalle eintraten; es erfolgt dann grosser Schmerz im Kreuze und in den Weichen, Erbrechen, Ohnmachten, Convulsionen und bei heftiger Blutung der Tod: dauert die Einschnürung längere Zeit, so wird der vorgefallene Uterus entzündet, und geht in Brand über.

§. 634.

Wenn die Beschaffenheit des Vorfalles und das Allgemeinbefinden der Entbundenen es erlaubt, so ist die erste Anzeige bei der Behandlung, die Reposition des vorgefallenen Uterus, sobald als möglich, vorzunehmen: hängt die Placenta noch an der Uteruswandung fest, so ist es rathsam, dieselbe mit zurück zu bringen, um die regelmässige Contraction der Gebär-

mutter zu unterstützen; wenn dieses aber zu grosse Schwierigkeit findet, oder dieselbe grösstentheils schon getrennt ist, so nimmt man sie vorher ab. In horizontaler Lage und bei erhöhetem Becken beölt man den ganzen Vorfall sorgfältig, und umfasst mit der beölten Hand denselben so, dass die ausgestreckten Finger an die zuletzt vorgefallene Gegend und die innere Handfläche an den Gebärmuttergrund zu liegen kommen; so führt man mit Vorsicht und ohne alle Gewalt den Vorfall nach der Führungslinie des Beckens durch den Muttermund, folgt mit der Hand nach bis in die Höhle der Gebärmutter, und lässt sie dort kurze Zeit ruhig liegen, um Contractionen hervorzurufen; bei reizlosem Zustande des Organs sucht man durch sanfte Bewegung der Hand die Wirkung zu unterstützen. Bei einem unvollkommenen Vorfalle reicht es zu, zwei Finger in die Mitte des herabgestiegenen Muttergrundes zu setzen, und durch sanfte Erhebung denselben zurückzuführen.

§. 635.

Ist aber der vorgefallene Theil durch den krampfhaft zusammengezogenen Muttermund so eingeschnürt, dass eine Reposition höchst schwierig oder unmöglich ist, so muss vorher diese krampfhafte Schnürung gehoben werden. Wenn, wie es hier gewöhnlich der Fall ist, kein Blutfluss vorhanden ist, so bestreicht man den Vorfall mit erwärmtem Hyoscyamusöl, oder in Ermangelung dessen mit irgend einer milden Fettigkeit, legt einen in erwärmte Hyoscyamusabkochung oder Chamillenaufguss getauchten Schwamm auf den Vorfall und erneuert denselben öfters, wobei man innerlich starke Gaben der Opiumtinctur in Zwischen-

räumen von einer halben Stunde giebt. Sobald ein Nachlass des Krampfes erfolgt, nimmt man die Reposition vor. — Wenn zwar keine Schnürung des Muttermundes vorhanden ist, die Entbundene aber durch Blutverlust und Nervenreizung sich in einem solchen Zustande von Schwäche befindet, dass man fürchten müsste, durch einen Repositionsversuch den Tod herbeizuführen, so ist es rathsam, vor demselben durch angemessene innere Mittel, besonders Opiumtinctur mit Essignaphtha verbunden, das Allgemeinbefinden zu bessern. — Baudelocque d. J. empfiehlt in diesem Falle Erschütterung des umgestülpten Uterus durch Galvanismus. — Wenn der vorgefallene und eingeschnürte Uterus in Brand übergegangen ist, so wird der mortificirte Theil desselben durch die Kunst entfernt.

Vergl. No. 133. — 219. — 447. — 486. — 680. — 696. — B. XXII. S. 304. — 957. — 1127. — 1193. — 1412. — 1545. — 1875. — 2329. — 2385. —

4. Bruch der schwangeren Gebärmutter.

§. 636.

Ein Gebärmutterbruch (*Hysterocele*) findet statt, wenn die schwangere Gebärmutter in einem Leistenbruche liegt, oder durch eine abnorme Spalte der weissen Linie, oder durch den Nabelring hervorgetreten ist. Schon während der Schwangerschaft entstehen dadurch mannichfaltige Beschwerden, Schmerz, Einklemmung, Entzündung und selbst Frühgeburt. Wenn es möglich ist, muss der vorgefallene Uterus in einer horizontalen Rückenlage zurückgebracht, durch eine angemessene Bauchbinde zurückgehalten, und geistige

Einreibungen gemacht werden. Ist die Reposition unmöglich, so muss man die Geburt abwarten, und die während der Schwangerschaft eintretenden Zufälle symptomatisch behandeln. Wenn in diesem Falle die Zufälle nach der achtundzwanzigsten Schwangerschaftswoche an Heftigkeit zunehmen, und dem Leben der Schwangeren Gefahr drohen, so ist es rathsam, durch den Eihautstich die Frühgeburt zu bewirken.

§. 637.

Wenn die schwangere Gebärmutter in einem Leistenbruche liegt, so ist die Geburt auf dem regelmässigen Wege nicht leicht zu erwarten, und wenn dieses mit Sicherheit vorauszusehen ist, so muss der Kaiserschnitt vorgenommen werden. Wenn aber die schwangere Gebärmutter durch den Nabelring oder die weisse Linie vorgefallen ist, so erfolgt zuweilen die Geburt durch die Kräfte der Natur. Man stützt alsdann den Uterus, welcher der Stütze der Bauchwandung beraubt in Gefahr kommt, bei einer heftigen Wehe zu bersten, mit einer angemessenen Bauchbinde, und beobachtet sorgfältig die Geburt, um gegen jede Abweichung Hülfe zu leisten. Nach der Geburt reponirt man sogleich den entleerten Uterus, wenn er sich nicht zurückgezogen haben sollte, und befestigt ihn durch eine Bauchbinde in seiner Lage, während man die Wöchnerin einige Zeit hindurch eine Rückenlage beobachten lässt.

Vergl. No. 17. Vol. V. — 521. — 599. — 1581. —

5. Verengerung des Muttermundes.

§. 638.

Die Verengerung des Muttermundes bei der Geburt ist entweder scheinbar oder wirklich vorhanden. Scheinbar ist sie, wenn durch krampfhaftes Leiden des Uterus die Erweiterung des Muttermundes verzögert wird, und diese wird an den angegebenen Erscheinungen erkannt, und nach den Regeln behandelt (§. 444.) Die wirkliche Verengerung des Muttermundes beruht entweder auf krankhafter Entartung der Substanz oder auf primärer Rigidität der Faser von welchen die erstere durch die vorhandenen Unebenheiten und die höckerige Beschaffenheit des äusseren Muttermundes, die zweite an der gleichmässigen festen und wenig empfindlichen Substanz desselben bei Erstgebärenden erkannt wird.

§. 639.

Der Einfluss dieser Zustände auf die Geburt ist darin übereinstimmend, dass die beiden ersten Geburtsperioden verlängert werden. Wenn die Entartung der Substanz des Muttermundes sich nur auf den kleineren Theil des Umfanges beschränkt, so wird die Erweiterung desselben zwar verzögert, doch endlich so erfolgen, dass die Geburt ohne weitere Kunsthülfe eintreten kann. Ist aber der Muttermund grösstentheils oder ganz entartet, so kann er sich nicht vollkommen erweitern, und in der zweiten Geburtsperiode muss die Kunst zu Hülfe kommen. Die Erweiterung durch Ausdehnungsinstrumente lässt indessen hier Zerreissung fürchten, und daher ist es vorzuziehen, dieselbe durch Einschnitte nach verschiedener Richtung vorzunehmen.

§. 640.

Die Rigidität des Muttermundes bei Erstgebärenden fordert zunächst ölige Einspritzungen, alsdann das Einlegen eines in Hyoscyamusöl getränkten Schwämmchens, und wenn die Reizlosigkeit des leidenden Theiles es gestattet, die Anwendung des Dilatatoriums. Doch muss man sich hüten, mit der Anwendung des letzteren zu eilen, da der Verzug eines halben bis ganzen Tages hier keinen Nachtheil bringt, und die Entwickelung der rigiden Fasern häufig noch erfolgt: auch muss besonders die Reizfähigkeit des Muttermundes angeschlagen werden, weil sonst leicht Krampfzustand oder Entzündung dadurch hervorgerufen wird.

Vergl. No. 1165. — 2469.

6. Die Verwachsung des Muttermundes.

§. 641.

Die Verwachsung des Muttermundes wird bei der schwangeren Gebärmutter sehr selten beobachtet, kann aber leicht durch Schieflage der Gebärmutter, welche das Auffinden des Muttermundes erschwert, scheinbar stattfinden, oder mit einem der schon beschriebenen Zustände (§. 638.) verwechselt werden. Wenn der Muttermund nach geschehener Befruchtung als verwachsen angenommen werden soll, so muss der geschlossene äussere Muttermund durch die Untersuchung mit Bestimmtheit erkannt werden.

§. 642.

Da bei der Verwachsung des Muttermundes die Geburt nicht erfolgen kann, so muss in allen Fällen dieser Art die künstliche Eröffnung desselben vorge-

nommen werden; doch ist es rathsam, damit nicht zu sehr zu eilen, um die Wehenthätigkeit sich erst bis dahin entwickeln zu lassen, wie sie in der zweiten Geburtsperiode stattfindet. Wenn nach gemachter Oeffnung des Muttermundes die Geburt zu lange zögert, so dass Gefahr für die Mutter oder das Kind eintritt, so ist die Geburt durch die Kunst zu beendigen. Während des Wochenbettes müssen öfters Einspritzungen in den Uterus gemacht werden, um die Schnittwunden rein zu erhalten.

Vergl. No. 1165. — 2469. —

7. Geschwülste und Polypen der Gebärmutter.

§. 643.

Wenn Sarcome, Steatome oder Polypen der schwangeren Gebärmutter sich an einer höheren Stelle dieses Organs befinden, so können dieselben während der Schwangerschaft und Geburt nicht leicht mit Bestimmtheit erkannt werden. Sie veranlassen während der Schwangerschaft Schmerz, ungleichmässige Entwickelung des Uterus und selbst frühen Eintritt der Geburt; während der Geburt stören sie die Aeusserung der Wehenthätigkeit. Wenn sie aber an einer tieferen Stelle der Gebärmutter sich befinden, so dass sie vor dem vorliegenden Kindestheil liegen, so können sie sowohl die Diagnose, als auch den Verlauf der Geburt stören, indem sie an dem Muttermunde sitzend, dessen Erweiterung hindern, oder ihn durch ihre Masse unwegsam machen, oder endlich die Beckenhöhle mehr oder minder ausfüllen, und so den Durchgang des

Kindes verhindern oder erschweren. Auch können sie mit Theilen der Frucht verwechselt werden.

§. 644.

Bei geringem Umfange dieser Geschwülste wird zuweilen noch der Durchgang der Frucht neben denselben durch die Kräfte der Natur möglich, bei grossem Umfange derselben aber muss man sorgfältig untersuchen, ob sie durch Ausrottung oder Entleerung der etwa in ihnen enthaltenen Flüssigkeit zu beseitigen sind. Kann dieses nicht geschehen, so dass die Geburt auf keinem anderen Wege vor sich gehen könnte (?), so ist die Kaisergeburt angezeigt.

Vergl. No. 933. — 946. — 1011. — 1226. — 1297. — 1390. — 1411. — 2467. —

8. Geschwüre der Gebärmutter.

§. 645.

Wenn sich Geschwüre, bald als Folge einer Entzündung, bald als Folge von krebshaftem Leiden, an der Gebärmutter befinden, so werden sie nur dann erkannt, wenn sie ihren Sitz an dem Mutterhalse oder Muttermunde haben; die höher befindlichen können nicht mit einiger Sicherheit erkannt werden. Während der Schwangerschaft verursachen sie Schmerz, ungleichmässige Entwickelung der Gebärmutter oder Frühgeburt, und können selbst zur Zerreissung der Gebärmutter Veranlassung geben. Während der Geburt verstimmen sie die Geburtsthätigkeit, erschweren die Erweiterung des Muttermundes, und geben zu bedeutenden Einrissen desselben Veranlassung. Die Behandlung dieses Zustandes beschränkt sich auf Anord-

nung eines angemessenen Geburtslagers, ruhiges Verhalten, Vermeiden des Verarbeitens der Wehen, und wenn die Geburt in der dritten oder vierten Periode zögert, Beendigung derselben durch die Kunst.

Vergl. No. 1506. — 1734. — 1793a. — 2193. —

9. Zerreissung der Gebärmutter.

§. 646.

Die Zerreissung der Gebärmutter (*Ruptura uteri*) kann während der Schwangerschaft und während der Geburt vorkommen: in dem ersten Falle betrifft sie häufiger den Mutterkörper und Muttergrund, in dem letzten Falle häufiger den Mutterkörper und Mutterhals. Der Riss ist gemeiniglich schief aufwärts an einer Seite oder an der vorderen Wand, seltener an der hinteren Wand der Gebärmutter; doch kommt er auch quer vor, oder der Mutterhals reisst ganz von dem Körper der Gebärmutter ab. In den meisten Fällen ist das Bauchfell dabei mitzerrissen, in anderen seltneren bleibt dasselbe unverletzt.

§. 647.

Die Erscheinungen, welche den Gebärmutterriss zu begleiten pflegen, sind ein krachendes, der Kreissenden immer, zuweilen aber auch den Umstehenden hörbares Geräusch, mit einem stumpfen, gemeiniglich vorübergehenden Schmerze an einer bestimmten Stelle des Leibes verbunden; ferner meistens ein Blutfluss aus den Geschlechtstheilen, welcher selten bedeutend ist, bald nachlässt und auch wohl ganz fehlen kann; das Gesicht wird bleich, die Extremitäten kalt, der Puls kaum fühlbar und bald sehr langsam, bald beschleu-

nigt; sehr grosse Angst, Oppression der Brust und Unruhe tritt ein, so wie Dunkelheit vor den Augen, Ohrenbrausen, Erbrechen, Ohnmachten und Convulsionen. Erfolgte die Zerreissung während der Geburt, so werden die Wehen unordentlich und hören ganz auf, der vorliegende Kindestheil zieht sich zurück, und ist nicht mehr durch den untersuchenden Finger zu erreichen; in seltenen Fällen bleibt jedoch der eingekeilte Kopf unverrückt im Becken stehen: der Unterleib schwillt an, und bekommt zuweilen eine unregelmässige Form, und wenn das Kind ganz oder grösstentheils durch den Riss in die Unterleibshöhle getreten ist, so fühlt man die Theile desselben weit genauer durch die Bauchdecken, als dieses bisher geschehen konnte. Zuweilen lässt die geburtshülfliche Untersuchung durch die Scheide den Riss entdecken.

§. 648.

Die Ursachen der Zerreissung der Gebärmutter sind: *Graviditas interstitialis*, Structurfehler der Gebärmutter, dünne, leicht zerreissliche Wandung, verhärtete und scirrhöse Entartung, Entzündung, Geschwüre und Brand der Gebärmutter, Narben des Kaiserschnittes, Schwierigkeit des Eintrittes des Kindes in das Becken durch zu grossen Kopf, regelwidrige Kindeslage, sehr bedeutender Hängebauch, enges Becken, örtliche Hervorragungen, wie Exostosen, scharfer Rand der linea ileo-pectinea, stürmische Contractionen der Gebärmutter unter diesen Umständen, krampfhafte Zusammenziehungen einzelner Stellen des Uterus, heftiges Verarbeiten der Wehen in den beiden ersten Geburtsperioden und unruhiges Umherwerfen während der Wehen, Wendungsversuche bei fester Zusammen-

ziehung des Uterus um die Frucht, Versuche das tief in das Becken herabgetretene übel gelagerte Kind zurück zu drängen, um die Wendung vornehmen zu können, unvorsichtiges Zurückhalten des vorliegenden Kopfes bei der übereilten Geburt, rohe Zangenapplication und Nachgeburtsoperationen, besonders bei Placenta incarcerata, äussere Gewalt, ein Stoss, Fall, Verletzung u. s. w.

§. 649.

Der Ausgang des Gebärmutterrisses ist gemeiniglich ungünstig. Die meisten Schwangeren und Kreissenden sterben in der ersten halben Stunde nach demselben, zuweilen nach vorher noch eingetretenen Convulsionen: in anderen Fällen erfolgt der Tod erst nach Tagen und Wochen. Auch für das Kind ist der Ausgang in der Regel unglücklich. Demungeachtet bestehen viele Fälle, in welchen die Mutter oder das Kind oder beide gerettet wurden, indem bald nach erfolgter Ruptur die Entbindung auf gewöhnlichem Wege oder durch den Bauchschnitt bewirkt, oder später durch Eiterung, die in die Bauchhöhle ausgetretene Frucht aufgelöst und entfernt wurde.

§. 650.

Die Behandlung des Gebärmutterrisses fordert zunächst die möglichst schleunige Entbindung. Wenn das Kind sich noch ganz oder wenigstens mit seinem Rumpfe und Kopfe in der Gebärmutterhöhle befindet, und nur Gliedmassen durch den Gebärmutterriss hindurchgetreten sind, so ist die schleunige Entbindung auf dem gewöhnlichen Wege, nach den Umständen

entweder durch die Zange oder durch die Wendung auf die Füsse und künstliche Extraction, angezeigt, wobei man sich vorzüglich hüten muss, mit der Hand oder dem Instrumente die Uteruswunde zu vergrössern. Wenn aber das Kind ganz oder grösstentheils durch den Gebärmutterriss in die Bauchhöhle getreten ist, so muss schleunigst der Bauchschnitt nach den Regeln vorgenommen, und die Frucht auf diesem Wege entfernt werden. Als eine Anzeige des Bauchschnittes kann man es daher annehmen, wenn bei dem Gebärmutterrisse während der Geburt der vorliegende Kindestheil sich ganz von dem Becken zurückgezogen hat, oder wenn derselbe in den letzten Schwangerschaftsmonaten erfolgte. Bei der Nachbehandlung hat man besonders auf die Möglichkeit des Eintrittes einer Darmschlinge in den Gebärmutterriss Rücksicht zu nehmen.

Vergl. No. 102. — 160. — 286. — Vol. III. 1813. — 325. — 351. — 385. — 419. — 435. — 478. — 486. — 487. — 489. — 509. B. XLIX. p. 249. — 530. — 625. Avril 1824. p. 332. u. 334. — 719. — 829. — 924. — 1304. — 1482. 1498. — 1526. — 1614. — 1676. — 1716. — 1749. Febr. 1825. — 1751 b. Sept. 1824. — 1816. — 1836. B. XXIII. H. 3. — 1876. — 1898. S. 274. — 1973. — 2133. — 2243. Vol. XI. P. II. 1821. — 2466. 1818. No. 6. —

Drittes Kapitel.

Von den organischen krankhaften Zuständen der Mutterscheide und der äusseren Geschlechtstheile.

1. Verengerung und Verschliessung der Mutterscheide.

§. 651.

Die Verengerung und Verschliessung der Mutterscheide ist entweder Fehler der ersten Bildung, und beruht dann auf abnormer Grösse und Dicke des Hymens oder Bildung einer Scheidewand und besonderer Häute in der Mutterscheide, wobei auch zwei Canäle derselben gefunden werden können; oder sie ist zurückgeblieben durch Vernarbung früherer Verletzungen oder Geschwüre der Scheide, wo entweder die Scheide in ihrer ganzen Länge, oder nur an einer einzelnen Stelle durch eine Strictur verengt ist; oder sie ist Folge mangelhafter Entwickelung der Scheide bei Rigidität der Faser und reizlosem Zustande dieses Organs; doch kann diese mangelhafte Entwickelung auch bei Krampf der Scheide mit grosser Empfindlichkeit bei der Berührung vorkommen.

§. 652.

Während der Schwangerschaft ist es nicht rathsam, die Verengerung oder Verschliessung der Scheide durch eine Operation zu heben, weil sonst leicht Frühgeburt dadurch veranlasst werden kann. — Bei der Geburt ist die Verschliessung durch einen zu festen und zu grossen Hy-

men gewöhnlich ein bedeutendes Hinderniss des Austrittes der Frucht, und es entsteht die Gefahr, dass der Kopf des Kindes bei einer heftigen Wehe die hintere Wand der Scheide und den Damm durchbricht. Man schneidet daher den Hymen mittelst eines eingeführten Knopfbistouris ein, worauf gewöhnlich die Geburt ohne weitere Hülfe erfolgt.

§. 653.

Bei einer von oben nach unten laufenden Theilung der Mutterscheide in zwei Canäle, oder einem der Länge nach durchlaufenden Strange kann die Geburt zuweilen ohne Störung verlaufen, wenn ein Canal vorzüglich erweitert ist; im entgegengesetzten Falle muss die Scheidewand eingeschnitten, und so die Scheide wegsam gemacht werden.

§. 654.

Bei einer Verengerung der Scheide durch Vernarbung versucht man zunächst so lange als möglich durch sorgfältiges Verhalten während der Geburt und erweichende warme Injectionen die Verengerung zu heben, welches auch in vielen Fällen gelingt; wenn man aber von dem dauernden Widerstande der Verengerung befürchten muss, dass eine Zerreissung der Scheide erfolgen könnte, so schneidet man die verengerte Stelle vorsichtig, und ohne den Mastdarm oder die Blase zu verletzen, ein, welches nach verschiedenen Seiten durch seichte Schnitte geschehen muss, damit nicht, wenn man nur an einer Stelle eingeschnitten hätte, Zerreissung derselben eintritt.

§. 655.

Bei mangelhafter Entwickelung und reizlosem Zustande der Mutterscheide erfolgt die Erweiterung bei angemessenem Abwarten und erweichenden Einspritzungen. Bei vorwaltender Empfindlichkeit und Krampfzustand der Scheide wendet man, ausser den innerlichen krampfstillenden Mitteln, beruhigende Injectionen an, legt einen in Bilsenkrautabkochung getauchten Schwamm vor den Scheideneingang, und macht bei dem höchsten Grade ein allgemeines warmes Bad.

Vergl. No. 272½. B. X. S. 395. — 1035. — 1324. — 1528. S. 334. — 1592. B. I. 1te Bogenzahl S. 259. — 1751½. No. 125. Mai 1824. — 1836. B. VIII. H. 3. — 2030. S. 149. — 2040. B. III. St. 2. S. 197. —

2. Geschwülste in der Mutterscheide.

§. 656.

Wenn durch grössere oder kleinere Geschwülste die Mutterscheide unwegsam gemacht wird, so entsteht dasselbe Geburtshinderniss dadurch, als wenn dieselbe verengert wäre. Aufwucherungen in der Mutterscheide, Condylome, Steatome und Polypen, wenn sie einen mässigen Umfang haben, erschweren die Geburt, hindern sie aber nicht. Bei grösserem Umfange hindern sie den Durchgang des Kopfes durch das Becken, so, dass entweder die Geburt durch Kunsthülfe bewirkt werden muss, oder die Ausrottung der Geschwulst vorher angezeigt ist. Wenn diese letztere nicht ausführbar ist, so bleibt, bei erwiesener Unmöglichkeit der Geburt auf diesem Wege (?), die Kaisergeburt das letzte Mittel.

3. Vorfall und Bruch der Mutterscheide.

§. 657.

Der Mutterscheidenvorfall *(Prolapsus vaginae)* besteht in dem Herabsinken einer grösseren oder kleineren Falte der Wandung der Mutterscheide, so dass sie äusserlich vor dem Scheideneingange sichtbar wird. Er ist dem Grade nach verschieden, indem bei dem theilweisen Vorfalle nur an der vorderen oder hinteren Wand der Scheide diese Falte herabgestiegen ist, bei dem allgemeinen Vorfalle aber die gesammte Scheide diese Falte bildet. Ausserdem besteht eine Verschiedenheit des Vorfalles darin, dass gewöhnlich nur die innere Haut der Scheide erschlafft und vorgefallen ist, in anderen Fällen aber die ganze Wandung der Scheide die Falte bildet. Wenn alsdann Unterleibseingeweide tief herabgestiegen sind, und sich in dem Scheidenvorfalle befinden, so ist dies ein Scheidenbruch *(Hernia vaginalis)*.

§. 658.

Der Scheidenvorfall ist während der Schwangerschaft schon sehr lästig, besonders wenn er mit weissem Flusse verbunden ist; es ist jedoch nicht rathsam, etwas anderes, als Waschungen mit gelind adstringirenden Mitteln anzuwenden, weil Injectionen durch ihren Reiz leicht Frühgeburt veranlassen könnten. Bei der Geburt hat der Scheidenvorfall von geringerem Grade nur die Folge, dass er weiter vorgedrängt wird, und nach der Geburt grösser ist, als vorher. Bei höherem Grade des Uebels aber entsteht Quetschung des Vorfalles zwischen Kopf und Becken, weites Vordrängen und Gefahr der Zerreissung, und bei

längerer Dauer des Druckes Entzündung und Brand: der Scheidenbruch vergrössert die Gefahr der letzteren noch sehr.

§. 659.

Die Behandlung des Scheidenvorfalles während der Geburt beschränkt sich in den beiden ersten Perioden auf eine ruhige horizontale Lage und gänzliches Vermeiden des Verarbeitens der Wehen: wenn ein Scheidenbruch dabei vorhanden ist, so wird derselbe reponirt, und mittelst eines von Schwamm oder Charpie verfertigten Tampons so lange zurückgehalten, bis der Kopf des Kindes vor demselben herabsteigt. In der vierten Geburtsperiode wird ein kleiner Scheidenvorfall mit den beölten Fingern zurückgehalten, bis der Kopf hervorgetreten ist; ein grosser Scheidenvorfall erfordert das Vorlegen eines beölten doppelten Leinwandstückes mit einer Oeffnung zum Durchlassen des Kopfes (§. 623.), welches man an beiden Enden anzieht und dadurch den Vorfall zurückhält.

Vergl. No. 139. — 1320. — 1412. — 1906. — 2069. — 2122. —

4. Puls - und Blutadergeschwülste in der Scheide und an den Schamlippen.

§. 660.

Pulsaderknoten in der Scheide und an den Schamlippen kommen höchst selten vor; weit häufiger hingegen Blutaderknoten, welche von der unbedeutenden Anschwellung einer Vene bis zu der grössten Ausdehnung mehrerer Venenzweige gefunden werden, so dass, wenn sie in der Mutterscheide befindlich sind, dieselbe mehr oder weniger dadurch ausgefüllt wird, wenn sie

sich aber an einer Schamlippe befinden, diese sehr bedeutend ausgedehnt wird. Je grösser und je mehr gespannt diese Gefässerweiterungen sind, desto lästiger sind dieselben während der Schwangerschaft und Geburt, und desto grösser ist die Gefahr der Zerreissung, wodurch entweder ein Blutfluss entsteht, welcher zuweilen sehr bedeutend und kaum zu stillen ist, oder Ergiessung des Blutes in das Zellgewebe einer Schamlippe oder zwischen die Mutterscheide und den Mastdarm erfolgt.

§. 661.

Während der Schwangerschaft ist wenig gegen die Blutadergeschwülste zu thun: zuweilen ist es nützlich, eine Compresse mit Salbeiabkochung mit einem Zusatze von Essig befeuchtet aufzulegen, oder ein mit derselben befeuchtetes Schwämmchen auf die Geschwulst in der Scheide zu legen; bei grosser Anspannung legt man Blutegel an. Während der Geburt empfiehlt man ruhige Lage, mässiges Verarbeiten der Wehen, und wendet das angeführte zusammenziehende Mittel an. Wenn der Kopf tiefer in das Becken herabrückt und Gefahr der Zerreissung entsteht, so sucht man durch einen an die Geschwulst gelegten beölten Finger dieselbe vor Druck zu schützen: reicht dieses nicht zu, die Adergeschwulst berstet, und es tritt ein Blutfluss ein, so drückt man zunächst einen mit Essig befeuchteten Charpiepfropf auf die verwundete Stelle und versucht so dem Blutflusse zu begegnen; dauert die Blutung aber demungeachtet fort, so beendigt man die Geburt durch die Kunst, und wendet dann den Charpiepropf, mit Essig befeuchtet, sorgfältig an.

§. 662.

Wenn die Ergiessung des Blutes in das Zellgewebe erfolgt, und eine Schamlippe so bedeutend angeschwollen ist, dass sie dem Austritte der Frucht hinderlich wird, so macht man Einschnitte in dieselbe, und leert das ergossene Blut aus: kann die Geburt indessen ohne Schwierigkeit erfolgen, so macht man die Einschnitte erst nach der Ausschliessung der Frucht; niemals darf aber die Ausleerung des Blutes unterlassen werden, weil sonst leicht Entzündung, jauchige Eiterung oder Brand entsteht. Auf gleiche Weise verfährt man, wenn die Ergiessung des Blutes zwischen die Scheide und den Mastdarm erfolgt ist.

Vergl. No. 91. — 195. — 277. — 325. — 442. — 808. — 1340. — 2117b. —

5. Verengerung und Verschliessung der Schamspalte.

§. 663.

Die Verengerung und Verschliessung der Schamspalte kann auf verschiedene Weise vorhanden seyn: *a*) durch einen Fehler der ersten Bildung fehlen die äusseren Geschlechtstheile gänzlich, und die Scheide mündet sich in den Mastdarm; in diesem Falle kann die Befruchtung und die Geburt durch den Mastdarm erfolgen; *b*) durch einen Fehler der ersten Bildung sind die Schamlippen bis auf eine kleine Oeffnung durch eine Haut verschlossen, wobei zwar Befruchtung, aber nicht die Geburt ohne vorherige Trennung erfolgen kann; *c*) die Schamspalte ist durch ungewöhnliche Breite und Dicke des Dammes oder durch Missbildung der Schamlippen verkürzt, so dass der Austritt

des Kindes erschwert oder unmöglich gemacht wird; *d*) die Schamlippen sind nach geschehener Befruchtung durch Verbrennung und geschwürigen Zustand miteinander verwachsen; *e*) Fettschwamm des Schambergs oder der Schamlippen setzt dem Austritte der Frucht nur ein scheinbares Hinderniss entgegen, indem die Geschwulst gemeiniglich aufwärts oder zur Seite gelegt werden kann.

§. 664.

Die Behandlung dieser Zustände ist gewöhnlich bis zu dem Eintritte der Geburt aufzuschieben, da eine blutige Trennung während der Schwangerschaft leicht Frühgeburt veranlassen könnte. Bei der Geburt hat man zunächst den Grad der Verengerung oder Verschliessung zu berücksichtigen. Wenn derselbe so bedeutend ist, dass dadurch die geburtshülfliche Untersuchung unmöglich gemacht wird, so ist es rathsam, die blutige Trennung schon im Anfange der Geburt vorzunehmen; im entgegengesetzten Falle ist es vorzuziehen, mit derselben bis zu dem Anfange der vierten Geburtsperiode zu warten.

§. 665.

Bei dem gänzlichen Mangel der äusseren Geschlechtstheile und der Einmündung der Scheide in den Mastdarm, beobachtet man, ob die Geburt auf diesem Wege vor sich gehen kann, und erweitert, wenn es nöthig ist, den Ausweg durch Einschneiden des Schliessmuskels des Mastdarms mittelst eines geknöpften Bistouris in der Richtung gegen den Damm.

§. 666.

Wenn der grösste Theil der Schamspalte durch eine Membran oder Verklebung der Schamlippen vereinigt ist, so muss dieselbe mittelst eines Knopfbistouris eröffnet werden, sobald der Kopf des Kindes hinter der Schamspalte steht.

§. 667.

Wenn die Schamlippen verbildet oder der Damm zu breit und unnachgiebig ist, so sucht man schon in den beiden ersten Geburtsperioden durch ölige Einreibungen und durch Vorlegen eines in warme Milch oder Kräuteraufguss getauchten Schwammes, Nachgiebigkeit zu bewirken. Tritt der Kopf herab und wird allein noch durch den zu breiten Damm aufgehalten, so hat man vorgeschlagen, den letzteren einzuschneiden, um so den Durchgang des Kopfes zu bewirken, ein Vorschlag, welcher zwar in einzelnen seltenen Fällen einer wirklichen Verbildung eine Anzeige finden kann, allein allgemein angenommen offenbar viel zu weit führen würde, und darum zu verwerfen ist. Auf gleiche Weise verwerflich ist das Hervorheben des Kopfes durch einen in den Mastdarm geführten Finger. Das beste Verfahren ist hier geduldiges Abwarten, da gemeiniglich nur die Ungeduld der ängstlichen Erstgebärenden die Sache dringend macht, und nicht die angebliche Gefahr der Verzögerung. Muss man indessen von längerer Dauer der Geburt Gefahr für das Leben der Frucht fürchten, so entwickelt man den Kopf vorsichtig mit der Zange. Der seltene Fall einer wirklich durch Missbildung des Dammes unwegsam gemachten Schamspalte, zeigt allein die blutige Erweiterung durch das Messer nach abwärts an.

Vergl. No. 230. — 1174. — 1273. — 1347. 1828. Mai et Jun. S. 703. — 1836. B. VIII. H. 1. S. 179. — 2243. Vol. XI. p. 2. —

6. Zerreissung der Mutterscheide.

§. 668.

Die Zerreissung der Mutterscheide kommt vorzüglich während der Schwangerschaft und während der Geburt vor. Sie kann als Querriss in dem Scheidengewölbe, oder als gänzliches Abreissen der ganzen Scheide, oder als Quer- oder Längenriss an einer tieferen Stelle der Scheide vorkommen. Die Erscheinungen der erfolgten Ruptur sind die nämlichen, wie bei dem Gebärmutterrisse, das hörbare krachende Geräusch, der Blutfluss, die Nervenzufälle u. s. w.: bei dem Risse in dem Scheidengewölbe während der Geburt erfolgt leicht das Durchgehen der Frucht durch denselben in die Bauchhöhle. Bei kleineren und tiefer abwärts erfolgenden Rupturen sind die Erscheinungen weniger stürmisch; bei bedeutender Zerreissung, besonders im Scheidengewölbe, erfolgt nicht selten der Tod in kurzer Zeit. Die Zerreissung der Mutterscheide während der Schwangerschaft veranlasst leicht Frühgeburt, Verwachsung der Scheide u. s. w.

§. 669.

Die Ursachen der Ruptur der Mutterscheide während der Schwangerschaft beschränken sich auf äussere Gewalt, indem z. B. durch einen Fall ein harter Körper gewaltsam in die Scheide gestossen wird. Die Ursachen während der Geburt sind scirrhöse Entartung der Scheide, Geschwüre, Blutaderknoten, Vor-

fall, Spannung durch Hängebauch oder zu hohes Becken, scharfer Rand der linea ilèo-pectinea, übermässiges Drängen, rohe Operationsversuche mit der Hand oder dem Instrumente u. s. w. Der Einfluss des Scheidenrisses auf die Geburt besteht in Störung der Geburtsthätigkeit, Blutfluss, Nervenzufällen, zuweilen Darmvorfall und Tod.

§. 670.

Die Behandlung des Scheidenrisses während der Schwangerschaft fordert zuerst Stillung der Blutung durch Einführung eines mit styptischen Mitteln befeuchteten Schwämmchens, und im höheren Grade den Tampon. Ausserdem hat man gegen die Nervenzufälle und die nachfolgende Entzündung nach den Regeln zu verfahren; um der Verwachsung zu begegnen, ist es rathsam, einen schmalen Tampon von gerollter Leinewand einige Zeitlang einzulegen. — Während der Geburt ist, wenn das Kind in die Bauchhöhle übergetreten ist, die baldige Entbindung durch den Bauchschnitt, ausserdem aber durch die Wendung oder Zange angezeigt. Im günstigsten Falle fordert der Austritt des Blutes in das Zellgewebe, die nachfolgende Entzündung und Eiterung und die Gefahr des Brandes eine sehr sorgfältige Nachbehandlung. Demungeachtet tritt häufig noch spät der Tod ein.

Vergl. No. 325. — 419. — 939[d]. 1827. H. 4. — 1028. 1813. Jun. — 1079. B. II. S. 59. — 1128. 1482. — 1483[a]. — 1580. Vol. XXIV. Dec. — 1751[b]. Vol. XIII. No. 78. Jun. — 2012. Tom. VI. No. XXXVI. — 2024. — 2040. B. I. St. 1. S. 80. — 2250. — 2429. —

7. Zerreissung des Mittelfleisches.

§. 671.

Bei der sorgfältigsten Behandlung der vierten Geburtsperiode wird die Zerreissung des Mittelfleisches (*Ruptura perinaei*) nicht immer zu vermeiden seyn, weniger noch wenn die Kreissende sich selbst zu viel überlassen bleibt, oder wenn fehlerhafte Kunsthülfe angewendet wird. Die Veranlassung zu derselben giebt grosse Neigung des Beckens, breites, rigides, oder auch dünnes, zu wenig Widerstand leistendes, oder von früheren Einrissen übelvernarbtes Mittelfleisch, zu grosser oder ungünstig gestellter Kopf des Kindes, übereilte Geburt, besonders bei dem Durchschneiden des Kopfes, Austritt des Kindes im Stehen, oder bei aufrecht sitzender Stellung der Kreissenden, starkes Anziehen der Oberschenkel an den Unterleib, oder starkes Auseinanderdehnen derselben, schwere oder roh ausgeübte geburtshülfliche Operationen, und schlechte Besorgung des Mittelfleisches bei der Geburt.

§. 672.

Gewöhnlich reisst das Mittelfleisch nur etwas über das Schambändchen hinaus ein, in anderen Fällen bis gegen die Aftermündung, oder auch bis in den Mastdarm hinein; alsdann kann es geschehen, dass das Schambändchen unverletzt bleibt, und das Kind durch die von demselben bis in den After entstandene Oeffnung hervortritt, wobei die Scheidewand zwischen Mutterscheide und Mastdarm durchgerissen wird. Zuweilen erfolgt der Riss seitwärts, so dass eine Schamlippe an der unteren Commissur losgerissen wird. Die Folgen sind Blutung, Schmerz, Entzündung, Vereiterung

oder Brand, unwillkührlicher Abgang des Kothes, Vorfall des Mastdarms und der Mutterscheide u. s. w.

§. 673.

Die Behandlung ist nach dem Grade der Verletzung verschieden. Bei kleinen Dammrissen reinigt man gleich nach der Geburt die Wunde sehr sorgfältig mittelst eines in warmen Chamillenaufguss getauchten weichen Schwammes, schliesst in einer vorwärts geneigten Seitenlage die Schenkel fest aneinander, und bindet die Kniee mit einem Tuche zusammen: vor die Genitalien legt man einen kleinen Schwamm, um die ausfliessenden Feuchtigkeiten aufzufangen. Der Urin wird knieend oder durch Einführung des Katheters entleert, und die Stuhlausleerung durch erweichende Klystiere in verdünnter Form bewirkt. Wenn Entzündung eintritt, so macht man Fomentationen von erwärmtem Bleiwasser.

§. 674.

Bei grösseren Dammrissen ist es nöthig, die Vereinigung durch die blutige Naht vorzunehmen; man ist jedoch darüber verschiedener Meinung, ob man dieselbe gleich nach der Geburt, oder erst nach dem Wochenbette vornehmen soll, da durch die ausfliessenden Lochien die Verheilung der vereinigten Wundränder verhindert wird. Obgleich in manchen Fällen die Vereinigung gleich nach der Geburt theilweise oder ganz gelungen ist, so haben sich doch die Meisten dahin ausgesprochen, die blutige Naht erst nach dem Wochenbette vorzunehmen. Bis dahin behandelt man den Dammriss nach den angegebenen Regeln (§. 673.), beobachtet die möglichste Reinlichkeit der Wunde,

macht bei sehr hohem Grade der Entzündung erweichende Ueberschläge und Einspritzungen (wobei man den von Mauriceau empfohlenen und neuerdings wieder gepriesenen fetten Eierkuchen gut entbehren kann), und begünstigt später die Vernarbung durch aromatische Fomentationen; bei längerer Dauer und schwieriger Vernarbung wendet man örtlich den Höllenstein an. Zuweilen wird bei dieser Behandlung ein grosser Theil des getrennten Mittelfleisches vereinigt. Die Vorschläge, durch ein Scheidenpessarium, ein eingelegtes Stück Wachstafft oder Tabacksblei das Eindringen der Feuchtigkeiten in die Wunde zu verhüten, sind sämmtlich nutzlos erkannt worden.

§. 675.

Wenn die Wundränder vernarbt, aber nicht vereinigt sind, so werden dieselben, nachdem aller Abfluss von Feuchtigkeiten aufgehört hat, durch Abtragung mit dem Messer oder der Scheere wund gemacht, die Blutung gestillt, die Wunde sorgfältig gereinigt, und durch zwei bis vier blutige Hefte genau mit einander vereinigt. Die angegebene Lage und sonstigen Vorsichtsmassregeln (§. 673.) müssen alsdann eine hinlängliche Zeit hindurch beobachtet werden. Doch gelingt auch durch diese Behandlung die Vereinigung nicht immer, weil durch die zu bedeutende Spannung die blutigen Hefte durchschneiden: desshalb ist der Vorschlag von Dieffenbach, die Haut zu beiden Seiten der Ligaturen durch halbmondförmige Schnitte einzuschneiden, und dadurch die Spannung derselben aufzuheben, sehr zu empfehlen. — Bei sehr grossen Dammrissen, z. B. bis in den Mastdarm, ist es rathsam, gleich nach der Geburt die blutigen Hefte anzu-

wenden, wodurch zuweilen wenigstens ein Theil der Wunde bald vereinigt wird: die vollständige Vereinigung bewirkt man dann durch das angegebene Verfahren nach dem Wochenbette.

§. 676.

Wenn die Scheidewand zwischen der Mutterscheide und der Harnblase, oder zwischen der ersteren und dem Mastdarme bei der Geburt eingerissen ist, so ist dieses ein sehr übeles Ereigniss. Das Erstere erfolgt vorzüglich bei schweren Zangen- oder Hackenoperationen, oder durch Entzündung und Brand; das Zweite durch die nämlichen Ursachen, welche einen bedeutenden Dammriss veranlassen. Während des Wochenbettes hat man der Entzündung und ihren Folgen nach den Regeln zu begegnen: nach Beendigung des Wochenbettes ist erst die Vereinigung der getrennten Theile durch das operative Verfahren nach Nägelé's oder Diefenbach's Angabe zu bewirken.

Vergl. No. 27. — 511. — 730. — 1325. B. I. St. 4. p. 658. — 1518. B. IV. H. 2. p. 141. — 1528. — 2250. — 2313. — 2317. —

Viertes Kapitel.

Von den organischen krankhaften Zuständen der Brüste und Brustwarzen.

1. Missbildung der Brüste.

§. 677.

Die weiblichen Brüste werden theils durch fehlerhafte erste Bildung, theils durch mangelhafte Entwickelung während der Schwangerschaft regelwidrig gefunden. Sie können entweder zu gross seyn, welches seltener als Fehler der ersten Bildung, häufiger durch übermässige Entwickelung vorkommt; oder sie sind zu klein, wobei besonders die Brustdrüse von allzugeringem Umfange ist; oder sie sind in mehrere Brustabtheilungen, drei, vier, selbst fünf, getheilt; auch hat man eine Drüse, aus welcher ein Kind gesäugt wurde, am Oberschenkel beobachtet. Alle diese Zustände erschweren das Säugegeschäft beträchtlich, oder verhindern es auch ganz. Durch Geduld und sorgfältiges Anlegen des Kindes bei angemessener Diät gelingt es zwar zuweilen noch, die Milchsecretion zu regeln; im entgegengesetzten Falle ist das Kind abzusetzen und eine Säugamme anzunehmen.

Vergl. No. 967. B. I. H. 2 pag. 295. — 1347. Maerz. April. 1828. pag. 512. —

2. Missbildung der Brustwarzen.

§. 678.

Die Brustwarzen können zu klein und tiefliegend seyn, so dass sie das Kind bei dem Saugen nicht her-

vorziehen kann; oder zu gross und unförmlich, in mehrere Theile gespalten, so dass das Fassen derselben dem Kinde schwer wird; oder die Oberhaut derselben ist zu fest, so dass die Milchausleerung dadurch verhindert wird; oder die Oberhaut derselben ist zu dünn, so dass Veranlassung zum Wundwerden der Warzen gegeben wird.

§. 679.

Bei zu kleinen Warzen zieht man schon während der Schwangerschaft dieselben von Zeit zu Zeit mit der Milchpumpe hervor, und sucht sie durch das Tragen eines Warzenhütchens zu entwickeln. Nach der Geburt sucht man durch sorgfältiges Anlegen des Kindes das Säugen möglich zu machen, welches auch zuweilen gelingt; im entgegengesetzten Falle muss das Kind abgesetzt werden. Bei zu grossen oder gespaltenen Brustwarzen verwendet man auch die grösste Aufmerksamkeit auf das Säugegeschäft, und nur wenn das Kind die Warzen gar nicht fassen kann, entwöhnt man dasselbe. Bei zu starker Ueberhäutung der Brustwarzen erweicht man den Ueberzug durch öfteres Bestreichen mit Mandelöl und hebt denselben vorsichtig ab. Zu dünne überhäutete Brustwarzen und Wundwerden derselben behandelt man nach den Regeln (§. 483—484).

Dritter Abschnitt.

Von den organischen krankhaften Zuständen der Frucht.

§. 680.

Die organischen krankhaften Zustände der Frucht betreffen 1) die Frucht im Allgemeinen, und zwar rücksichtlich ihrer Ausbildung, des Ortes, wo sie ausgebildet wird, und des Zeitpunktes ihrer Ausschliessung; 2) das Kind, rücksichtlich seiner Bildung, Grösse, Stellung und Lage; 3) die Theile des Eies, rücksichtlich ihrer Bildung, Grösse und Befestigung.

Erstes Kapitel.

Von den organischen krankhaften Zuständen der Frucht im Allgemeinen.

I. Von der Molenschwangerschaft und Geburt.

§. 681.

Eine Mola, Mondkalb, Windei, ist das Product einer Befruchtung, nach welcher das Ei zwar in der Regel in die Gebärmutter gelangt ist, allein die Frucht nicht ausgebildet und die Eihäute wuchernd entartet sind. Die wahre Mola unterscheidet sich

durch die organische Textur von den Concrementen, welche man mit dem Namen falsche Mole bezeichnete, und welche nicht durch Befruchtung, sondern durch Krankheiten des Uterus u. s. w. entstehen. Als Arten der Mola unterscheidet man nach ihrer Beschaffenheit die schwammige Mole (*Mola fungosa*), die Fleischmola (*M. carnosa*), die sehnige Mola (*M. tendinosa*), die Luftmole (*M. ventosa*), die Wassermole (*M. aquosa*), die Trauben- oder Hydatidenmole (*M. botryoides s. hydatica*), die Blutmole (*M. cruenta*), die Kalkmole (*M. calcarea*), und die Knochenmole (*M. ostea.*)

§. 682.

Die Ursachen der Molenbildung beruhen wahrscheinlich vorzüglich auf einem gestörten Vitalitätsverhältnisse des Uterus, krankhafter Beschaffenheit des Eies oder des befruchtenden Samens, oder auf Einflüssen im Verlaufe der Schwangerschaft, welche die Wucherung der Eihüllen auf Kosten des Embryo begünstigen u. s. w. — In der Regel dauert die Molenschwangerschaft nur zwölf bis sechszehn Wochen, wo alsdann die Geburt eintritt; wenn aber von Zwillingseiern eins als Mole entartet ist, so bleibt dasselbe gewöhnlich zurück, und geht erst nach der Geburt des ausgebildeten Kindes mit der Nachgeburt desselben ab. Sehr selten bleibt eine einfache Mole längere Zeit als vier Monate zurück, in welchem Falle sie dann aus dem Vitalitätsverhältnisse zu dem Uterus heraustreten und verhärten kann.

§. 683.

Die Diagnose der Molenschwangerschaft ist sehr schwer. In den ersten Wochen der Schwangerschaft findet keine Abweichung der gewöhnlichen Erscheinungen statt: dann aber treten alle Erscheinungen mit grösserer Stärke ein, der Leib wächst unverhältnissmässig schnell und unter Schmerzgefühl desselben, und es erfolgen nicht selten periodische Gebärmutterflüsse: bei längerer Dauer wird die Gesundheit bedeutender gestört und es entsteht Oedem der Füsse und der Schamlippen, zuweilen auch periodisch wiederkehrender bedeutender Gebärmutterblutfluss. Endlich erfolgt die Ausschliessung der Mole unter den Erscheinungen des Abortus, und gewöhnlich mit beträchtlicher Hämorrhagie.

§. 684.

Die Behandlung der Molenschwangerschaft kann nur symptomatisch seyn, da sie in der Regel vor der Geburt nicht erkannt wird. Bei den wiederholt eintretenden Blutflüssen ist besonders die Phosphorsäure mit Opiumtinctur verbunden, zu empfehlen. Die Behandlung bei der Geburt der Mola wird wie bei dem Abortus angeordnet, und dafür gesorgt, dass keine Theile derselben zurückbleiben. Auch die Nachcur ist dieselbe, wie nach dem Abortus.

Vergl. No. 145. — 249. — 308. — 309. — 428. 451. — 609. — 846. — 1109. — 1113. — 1121. 1127. — 1239. — 1240. — 1343. — 1547. — 1584. — 1600. B. I. Abth. II. S. 783. — 1628. 1670. — 1803. — 1898. No. 18. — 2031. B. II. St. 3. S. 74. — 2106. — 2186. — 2275. — 2361. — 2459. —

II. Von der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter.

§. 685.

Wenn ein befruchtetes Ei nicht in den Uterus gelangt, sondern an einer anderen Stelle des weiblichen Körpers befestigt und ernährt wird, wobei diese auf ähnliche Weise, wie sonst der Uterus, in ihrer Vitalität verändert wird, so ist dieses eine Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter (*graviditas extrauterina*), welche nach der Stelle, an welcher sie stattfindet, verschiedene Arten hat. Man unterscheidet in dieser Hinsicht 1) die Eierstocksschwangerschaft (*graviditas ovaria*), wo das Ei im Eierstocke geblieben ist und sich ausbildet; 2) die Muttertrompetenschwangerschaft (*graviditas tubaria*), wo das Ei in dem Kanale der Muttertrompete liegen geblieben ist; 3) die Schwangerschaft in der Wand der Gebärmutter (*graviditas interstitialis s. tubo-uterina*), wo das Ei in der Muttertrompete bis in die Wand des Uterus fortgerückt und daselbst befestigt worden ist; und 4) die Bauchhöhlenschwangerschaft (*graviditas abdominalis*), wenn das Ei in die Bauchhöhle gekommen und daselbst befestigt worden ist.

§. 686.

Die secundäre Bauchschwangerschaft, in welcher nach der Berstung der Tuba, des Uterus u. s. w. die Frucht in die Bauchhöhle gefallen ist, kommt nur höchst selten vor, da, wenn auch die Mutter nach der Ruptur am Leben bleibt, die Frucht gewöhnlich abstirbt und damit der Begriff der Schwangerschaft auf-

hört. Bei der Mutterscheiden - und Harnblasenschwangerschaft mag wohl nur Ablagerung des todten Kindes stattfinden, obgleich man von der ersteren auch einen Fall erzählt, in welchem die Frucht in der Mutterscheide ausgebildet worden seyn soll. — Dass übrigens eine Extrauterinalschwangerschaft gleichzeitig mit einer Uterusschwangerschaft bestehen kann, wird durch Beobachtungen nachgewiesen.

Vergl. No. 359. B. II. S. 169. — 758. — 1100a. Tom. LII. 1779. — 1878. Vol. III. — 2005. B. I. — 2464. B. II. H. 2. —

§. 687.

Die Erscheinungen des Eintrittes der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter sind in der frühesten Zeit nicht verschieden von den Erscheinungen, welche den Eintritt der Uterinschwangerschaft zu begleiten pflegen. Insbesondere pflegt die Menstruation auszubleiben und die Brüste anzuschwellen, welche letztere jedoch gewöhnlich bald wieder zusammenfallen und keine Milch enthalten. Doch tritt zuweilen auch die Menstruation nach einiger Zeit wieder ein. In seltenern Fällen bleibt längere Zeit hindurch, selbst über den gewöhnlichen Schwangerschaftstermin hinaus, Milch in den Brüsten. Die Gesichtszüge bekommen einen eigenthümlichen Ausdruck. Die übrigen Erscheinungen, sowie der Verlauf und Ausgang, sind verschieden bei den verschiedenen Arten der Extrauterinalschwangerschaft.

§. 688.

Der Uterus selbst erleidet bei dem Eintritte der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter ähnliche

Veränderungen, wie bei der Uterinschwangerschaft: seine Wandung wird dicker und blutreicher, die vordere Wand entfernt sich etwas von der hinteren, der Mutterhals verkürzt sich etwas, die Oeffnung des Muttermundes rundet sich, die hinfällige Haut bildet sich auf der inneren Oberfläche des Uterus und wird zuweilen im Verlaufe der Schwangerschaft in eine molenartige Substanz degenerirt. Zur Zeit des regelmässigen Geburtstermines zeigt der Uterus seine Thätigkeit durch eintretende Wehen, wie bei der regelmässigen Geburt, welche zuweilen ziemlich kräftig und dauernd sind, und erst nach mehreren Tagen verschwinden. — Die Frucht wird nicht selten besonders stark entwickelt, wenn die Schwangerschaft nicht unterbrochen wurde, und gewöhnlich sind auch die Eihäute und die Placenta regelmässig gebildet; doch hat man auch Fälle beobachtet, in welchen dieselben fehlten, oder wenigstens nicht gefunden wurden.

§. 689.

Bei den drei ersten Arten der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter, der Eierstocksschwangerschaft, welche die seltenste, der Trompetenschwangerschaft, welche die häufigste, und der Schwangerschaft in der Substanz der Gebärmutter, welche seltener ist, treten in der Regel schon frühe die Erscheinungen, welche die Uterinschwangerschaft zu begleiten pflegen, mit grösserer Heftigkeit ein, und besonders sind gewöhnlich mehr oder minder heftige Schmerzen, den Kolikschmerzen ähnlich, vorhanden, wobei ein eigenthümlich klingendes Klagegeschrei (nach Heim) ausgestossen wird. Die Anschwellung des Leibes findet nur in einer Seite

statt, der Muttermund steht schief nach dieser Seite gerichtet, und es treten mancherlei übele Zufälle, Ohnmachten, Krämpfe u. s. w. ein, bis endlich die Zerreissung des Eierstockes oder der Tuba u. s. w. erfolgt, welche gemeiniglich in kurzer Zeit den Tod zur Folge hat. In selteneren Fällen bleibt die Schwangere bis zur Zerreissung von übelen Zufällen frei. Diese drei verschiedenen Arten der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter sind nicht von einander zu unterscheiden. Die Trompetenschwangerschaft soll der Abgang eines schwärzlichen Blutes bezeichnen. — Die Berstung erfolgt in der Regel zwischen der sechsten und sechszehnten Woche und nur in seltenen Fällen kann die Schwangerschaft bis zu den späteren Monaten fortdauern.

§. 690.

Die Bauchhöhlenschwangerschaft weicht zuweilen in den ersten Monaten, rücksichtlich ihrer Erscheinungen, wenig von der regelmässigen Schwangerschaft ab: bald aber pflegen Erscheinungen von grösserer Heftigkeit, besonders heftige kolikartige Schmerzen einzutreten. Bei längerer Dauer der Schwangerschaft fühlt man von Aussen die Gliedmassen und Bewegungen des Kindes sehr deutlich, und bei der inneren Untersuchung findet man den Mutterhals nach einer Seite gerichtet, in dieser Seite aber durch das Scheidengewölbe eine blasenartige Ausdehnung, in welcher man wohl nach dem achten Monate den Kopf des Kindes entdecken kann. Der ganze Verlauf der Schwangerschaft ist gemeiniglich mit grossem Leiden verbunden.

§. 691.

Der Ausgang kann bei den verschiedenen Arten der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter verschieden seyn. Der günstigste Ausgang ist der, wenn das Ei schon frühe abstirbt, und entweder einschrumpft oder resorbirt wird. In diesem Falle verschwinden die Erscheinungen der anfangenden Schwangerschaft bald wieder, und nach noch einige Zeit fortdauernder Kränklichkeit kehrt die Gesundheit zurück. Ein anderer Ausgang, welcher in der Regel bei der Eierstocks-, Muttertrompeten- und Gebärmutterwandschwangerschaft eintritt, besteht in der Ruptur des die Frucht einschliessenden Organs. Es erfolgen bald Ohnmachten, Zuckungen und der Tod; die Section zeigt eine mehr oder minder bedeutende Blutergiessung in die Bauchhöhle. Nur höchst selten dauert alsdann die Schwangerschaft als secundäre Bauchschwangerschaft fort.

§. 692.

Wenn die Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter, gewöhnlich die Bauchschwangerschaft, bis zu einem spätern Zeitpunkte fortdauert, und die Frucht nicht durch eine Operation herausgenommen wurde, so stirbt dieselbe ab. Es erfolgt dieses zu verschiedenen Zeiten, bald vor dem regelmässigen Geburtstermine, bald kürzere oder längere Zeit nach demselben: in einem Falle soll die Frucht noch drei Jahre am Leben geblieben seyn. Der Ausgang ist alsdann verschieden: *a)* Die Frucht wird aufgelöst, es treten Entzündungszufälle benachbarter Organe mit fieberhaftem Allgemeinleiden ein, und durch ein Eitergeschwür, welches entweder durch die Bauchwandung

nach Aussen, oder in den Darmkanal, die Harnblase u. s. w. sich öffnet, wird die Frucht stückweise entfernt, wobei sogar durch Erbrechen Theile derselben ausgeleert werden können. — *b*) Die Frucht vertrocknet, wird in eine fettwachsähnliche Masse verwandelt, mit einer erdigen Rinde überzogen, und bleibt als Steinkind (*Lithopaedion*) längere Zeit, zuweilen eine lange Reihe von Jahren, ohne besondere Zufälle zu erregen, in der Bauchhöhle liegen.

§. 693.

Die Behandlung der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter ist verschieden nach dem Zeitpunkte derselben. In den früheren Monaten, in welchen die Diagnose noch durchaus unsicher ist, kann keine andere, als eine symptomatische Behandlung Anwendung finden, indem man durch passende Mittel den krampfhaften oder entzündlichen Zufällen begegnet. Wenn aber die Schwangerschaft weiter vorrückt und die Frucht lebt, so ist die Ausziehung derselben durch den Bauchschnitt angezeigt, welche wo möglich dann vorgenommen wird, wenn der regelmässige Geburtstermin gekommen ist und Wehen eingetreten sind. Nach der Entfernung des Kindes lässt man die Nachgeburt zurück und sucht ihren Abgang bei der eintretenden Eiterung zu begünstigen. Der Erfolg der Operation ist für das Kind günstiger als für die Mutter, welche selten am Leben bleibt.

§. 694.

Wenn aber das Kind bereits abgestorben ist, so darf die Ausziehung desselben durch die Gastrotomie

nur dann vorgenommen werden, wenn durch übele Zufälle die grösste Lebensgefahr bedingt wird. Günstiger ist der Uebergang in Eiterung, bei welchem man anfangs den entzündlichen und krampfhaften Zufällen durch angemessene Mittel begegnet, besonders lauwarme Bäder anwendet, und durch Cataplasmen die Abscessbildung in der Bauchwandung unterstützt, welches einen besseren Ausgang verspricht, als wenn die Eiterung sich weiter nach Innen verbreitet und einen Weg in die Baucheingeweide bahnt. Die Kräfte werden durch eine nährend stärkende Diät, durch China, Eisenmittel, aromatische Bäder u. s. w. unterstützt, und die Ausziehung der sich zeigenden Fruchttheile durch die nöthige Hülfe, selbst mit blutiger Erweiterung der Abscessöffnung, bewirkt. — Wenn die Frucht vertrocknet und zurückbleibt, so ist es rathsam, die Operation zu unterlassen, und durch eine symptomatische Behandlung den Zufällen zu begegnen.

Vergl. No. 17. Vol. V. — 166. B. I. S. 1801. — 174. — 224. fasc. I. et III. — 246. — 382. — 424. — 426. — 445. — 446. — 496. — 497. 498. — 499. — 501. — 534. — 577. — 685. 742. — 758. — 761 b. — 783. — 842. B. V. 1813. — 926. — 927. — 928. — 939. — 1015. 1812. Jan. Febr. 1817. Sept Oct. — 1088. — 1090. — 1101 b. 1816. Jul. — 1141. — 1161. — 1211. — 1229. — 1275. — 1347. 1822. H. 3. S. 495. — 1361. — 1388. — 1638. — 1658. — 1750. Tom. I: 1826. — 1779. — 1806. — 1836. B. III. H. 1. B. X. H. 2. B. XI. H. 3. B. XIV. H. 2. B. XVII. H. 2. — 1862. — 2040. B. II. St. 2. — 2170. — 2178. — 2179. — 2187. —

2211 b. — 2213. — 2223. — 2255. — 2256. — 2343. — 2378. — 2379. — 2464. B. I. H. 2. —

III. Von der Frühgeburt.

§. 695.

Frühgeburt im weiteren Sinne, Fehlgeburt (*partus praecox, fausse-couche*) findet statt, wenn die Verbindung der Frucht mit dem mütterlichen Körper vor der erlangten Reife, also vor der achtunddreissigsten Schwangerschaftswoche, aufgehoben und die erstere geboren wird. Nach der Zeit des Eintrittes unterscheidet man folgende Arten: 1) den Missfall (*Abortus*), vor der Ausbildung der Placenta in den ersten 16 Wochen, wobei die Frucht in der Regel in den unzerrissenen Häuten abgeht; 2) die unzeitige Geburt (*partus immaturus*), zwischen der 17ten und 28ten Woche, wobei gewöhnlich der Wassersprung erfolgt, doch auch nicht selten das Ei unzerrissen abgeht; und 3) die Frühgeburt (*partus praematurus*), zwischen der 29ten und 37ten Schwangerschaftswoche. — Die Ursachen der Fehlgeburt sind entweder dynamische, oder organische, oder mechanische.

§. 696.

1) Die dynamischen Ursachen können sich durch zu grosse Thätigkeit oder zu geringe Thätigkeit des Uterus äussern. Die zu grosse Thätigkeit veranlasst vor der Zeit den Eintritt der Geburtsthätigkeit und die Ausschliessung der Frucht. Ausser der Anlage, welche in zu sehr plethorischer Constitution und übermässiger Stärke des Uterus, oder in zu grosser Reizbarkeit des Körpers überhaupt und des Uterus insbesondere bestehen kann, wirken als Gelegenheits-

ursachen geistige und körperliche Erregung, Congestionen, öfters wiederholte kleine Aderlässe, reizende Purgiermittel, specifik die Thätigkeitdes Uterus erregende Mittel, zu nahrhafte und reizende Diät, häufiger Coitus, wiederholt eingetretener Abortus zu einer bestimmten Zeit u. s. w.

§. 697.

Die zu geringe oder gestörte Thätigkeit des Uterus hindert die Ernährung der Frucht, so dass dieselbe abstirbt und nach kürzerer oder längerer Zeit ausgestossen wird. Die Anlage besteht gewöhnlich in einer schlaffen, schwammigen Constitution, zuweilen auch in zu grosser Reizbarkeit des Körpers: die Gelegenheitsursachen sind acute Krankheiten, schlechte Ernährung und Luft, niederschlagende Leidenschaften, schwächende Ausleerungen durch Aderlässe oder Purganzen, Blutflüsse, weisser Fluss, chronische Entzündung der Gebärmutter, Hämorrhoidalzustand derselben, Wassersucht der Gebärmutter u. s. w.

§. 698.

2) Die organischen Ursachen der Fehlgeburt sind theils dem Uterus, theils der Frucht angehörend. In der ersten Hinsicht gehört hierher zu schnell eintretende Schwangerschaft nach der letzten Geburt, ehe der Uterus gehörig zurückgebildet war, organische Fehler des Uterus, Induration, Skirrhus, Polypen u. s. w. Hinsichtlich der Frucht sind es vorzüglich Fehler der Ausbildung der die Ernährung derselben bedingenden Organe des Nabelbläschens, der Decidua, der Placenta, der Nabelschnur, so wie auch des Kindes selbst. Auch hat man eine Entzündung

der Placenta angenommen. Diese Ursachen bewirken gemeiniglich die Fehlgeburt durch früheres Absterben der Frucht.

§. 699.

3) Die mechanischen Ursachen der Fehlgeburt bewirken dieselbe durch vorzeitige Trennung des Eies von der Gebärmutter oder durch Eröffnung der Eihäute und erfolgten Abfluss des Fruchtwassers. Es gehören hierher äussere gewaltsame Einwirkungen durch einen Stoss, Fall, Erschütterung, Druck, ferner heftige oder anhaltende ungewohnte Bewegungen, heftiges Erbrechen, Husten, Dislocationen der Gebärmutter, besonders Zurückbeugung derselben, Blasensteine, Sitz der Placenta auf dem Muttermunde u. s. w. — Diese Ursachen bewirken bald Absterben der Frucht, bald auch durch Reizung des Uterus Ausschliessung der lebenden Frucht.

§. 700.

Die Geburten vor dem regelmässigen Zeitpunkte erfolgen häufiger vor der Ausbildnng der Placenta, seltener in einem späteren Monate der Schwangerschaft: unter diesen letzteren kommen die Frühgeburten um die 28te Woche vorzüglich vor. Die Geburt erfolgt gemeiniglich zu einer Zeit, wo sonst die Menstruation eingetreten wäre.

§. 701.

Der Verlauf ist verschieden, je nachdem die Frucht vorher abgestorben war, oder nicht. In dem ersten Falle gehen Vorboten voraus, periodisch eintretender Frost, Aufhören der Kindesbewegung, wenn dieselbe schon gefühlt wurde, Senken des Leibes mit dem Ge-

fühle von Schwere und Kälte in demselben, bei dem Umdrehen auf die Seite im Liegen Herüberfallen eines Klumpens im Leibe, allgemeines Uebelbefinden, Mangel an Esslust und fauliger Geschmack, Zusammenfallen der Brüste, kühlere und schlaffere Beschaffenheit der Mutterscheide und Scheidenportion, schleimiger übelriechender Ausfluss aus den Geburtstheilen und zuweilen periodische Blutflüsse. Tritt nun die Frühgeburt ein, so ist der Verlauf langsam und sehr schmerzhaft, der Blutfluss während und nach dem Abgange der Frucht jedoch in der Regel nicht übermässig.

§. 702.

Wenn aber ohne besondere Vorboten die Frühgeburt vor dem Absterben der Frucht eintritt, so ist der Blutfluss eine sehr wichtige Erscheinung bei derselben. Schon vor und während der Geburt, aber auch noch einige Zeit nach derselben, wird eine bedeutende Menge Blut ausgeleert, wodurch zuweilen die grösste Todschwäche der Kreissenden und Nervenzufälle herbeigeführt werden. War der Wassersprung erfolgt, so zögert der Abgang der Nachgeburt gewöhnlich mehrere Tage, ja zuweilen mehrere Wochen lang, wobei dieselbe nicht leicht in Fäulniss übergehet.

§. 703.

Die Prognose bei der Frühgeburt ist verschieden nach der Zeit ihres Eintrittes und nach den begleitenden Zufällen, besonders nach der Hämorrhagie und dem Eindrucke auf das Nervensystem. Abortus innerhalb der ersten zwei Monate ist gewöhnlich ohne übele Folgen, im dritten und vierten Monate aber, so

wie später die unzeitige Geburt und Frühgeburt, häufig mit sehr gefahrdrohenden Blutflüssen verbunden. War die Frucht vor dem Eintritte der Frühgeburt bereits abgestorben, so ist die Prognose weit günstiger, als wenn dieselbe plötzlich durch heftig wirkende Ursachen veranlasst wurde. Als Folgekrankheiten bleiben leicht Kachexieen zurück. Für die Frucht ist die Geburt vor der 29ten Schwangerschaftswoche, mit sehr seltener Ausnahme, immer tödtlich.

§. 704.

Die Behandlung betrifft *a)* das diätetische Verhalten bei vorhandener Anlage zur Frühgeburt; *b)* die Behandlung bei drohendem Eintritte derselben, um sie zu verhüten; *c)* die Behandlung der vorgehenden Frühgeburt selbst.

§. 705.

a) Das diätetische prophylactische Verhalten findet schon seine Anwendung, wenn die Constitution die Anlage zur Frühgeburt finden lässt; mit besonderer Sorgfalt ist es aber zu beobachten, wenn bereits ein- oder mehrmaliger Abortus stattfand. Die Diät ist nach der Constitution einzurichten; bei Neigung zu Blutreichthum ist sie einzuschränken, bei grosser Körperschwäche sind leichtverdauliche nährende Speisen und etwas Wein zu reichen. Mässige, durchaus nicht anstrengende Körperbewegung ist zu empfehlen, jede Anstrengung, Erschütterung u. s. w. streng zu vermeiden, so wie auch alle Gemüthsbewegungen und der Beischlaf. Das Allgemeinbefinden ist, wenn es gestört ist, sogleich zu verbessern, wobei alle stark eingreifenden Mittel zu vermeiden sind: eine Ausnahme macht hiervon das

Aderlass, welches bei bedeutendem Blutübergewicht am Arme anzuwenden ist. — Tritt der Zeitpunkt der Schwangerschaft ein, an welchem früher Abortus erfolgte, so muss die Schwangere sich mehrere Tage in einer horizontalen Lage ruhig halten.

§. 706.

b) Wenn ohne vorhergehende Vorboten Erscheinungen des drohenden Abortus nach einer plötzlichen schädlichen Einwirkung eintreten, Blutfluss aus den Geburtstheilen, Wehen u. s. w., so hat die Schwangere sogleich eine horizontale Lage bei mässiger Zimmerwärme anzunehmen und alle drückenden oder lästigen Kleidungsstücke zu entfernen. Bei Blutreichthum nimmt man sogleich ein Aderlass am Arme vor, und giebt innerlich Nitrum in einer Emulsion mit einem beruhigenden Mittel verbunden. Bei Erethismus des Nerven- und Gefässsystemes giebt man innerlich Mineralsäuren in Verbindung mit Opiumtinctur, sucht das Gemüth der Schwangeren zu beruhigen, und lässt sie einige Zeit hindurch die horizontale Lage beobachten. Nicht selten gelingt es auf diese Weise dem drohenden Abortus vorzubeugen.

§. 707.

c) Wenn durch die Heftigkeit der Wehen oder bei vorhandenen Erscheinungen des vorher eingetretenen Todes des Kindes, die Hoffnung nicht stattfinden kann, dem Abortus vorzubeugen, so tritt nun die Anzeige der Behandlung des vorgehenden Abortus ein. Das Aderlass ist hier streng zu vermeiden, wenn keine dringende Anzeige desselben, z. B. starke Congestionen u. s. w., vorhanden ist, die horizontale Lage ist

aber sorgfältig zu beobachten. Sind die Wehen bei geringerem Blutflusse lebhaft, und keine sonstigen gefahrdrohenden Zufälle vorhanden, so überlässt man die Ausschliessung der Frucht der Wehenthätigkeit und behandelt die Geburt nach den Regeln. Nur lässt man die Wehen so wenig als möglich verarbeiten und übereilt die Entfernung der Nachgeburt, wenn dieselbe zurückblieb, nicht.

§. 708.

Wenn aber die Hämorrhagie bis zu einer gefahrdrohenden Höhe steigt, so tritt zunächst die Anzeige ein, durch innere und äussere Mittel die Thätigkeit des Uterus zu steigern und die Ohnmachten zu beseitigen. Es findet hier die Zimmt- und Ratanhiatinctur ihren Platz, mit welchen abwechselnd mit grossem Nutzen das Mutterkorn oder die Roggenblüte gereicht wird: man wendet geistige Waschungen des Unterleibes, Auftröpfen von Naphta auf denselben u. s. w. an, und gegen die Ohnmachten giebt man innerlich Naphtha, Tinctura Ambrae c. Moscho u. s. w.

§. 709.

Zögert bei fortdauernder Hämorrhagie die Geburt noch immer, so muss sie künstlich gefördert werden. Vor der 29sten Schwangerschaftswoche ist das einzige Mittel die künstliche Eröffnung der Eihäute, wodurch der Wasserabfluss bewirkt und die Gebärmutterhöhle verkleinert wird: der Blutfluss mindert sich gewöhnlich nach derselben und die Geburt erfolgt bald. Geschieht dieses aber nicht, so bleibt dann nur übrig, die Scheide bis an den Muttermund durch den Tampon zu schliessen, da zur künstlichen Förderung der Geburt mittelst

Einführung der Hand der Raum fehlt. Man hat alsdann jedoch darauf zu sehen, dass dadurch dem Austritte der Frucht kein Hinderniss in den Weg gelegt wird.

§. 710.

Ist die Hämorrhagie bei einer Frühgeburt nach der 29sten Schwangerschaftswoche sehr heftig und gefahrdrohend, und die Ausschliessung der Frucht wird verzögert, so darf hier der Wassersprung erst dann vorgenommen werden, wenn man die gewaltsame Entbindung (*Accouchement forcé*) durch Einführung der Hand bewerkstelligen will, um den Raum der Gebärmutterhöhle zu dieser Operation nicht zu sehr zu verkleinern: besonders findet dieses auch bei gleichzeitiger Placenta praevia oder regelwidriger Kindeslage statt. — Regelwidrige Kindeslagen bei der Frühgeburt vor der 29sten Schwangerschaftswoche zeigen keine Lagenverbesserung durch die Kunst an, da die Frucht wegen ihres geringen Umfanges in jeder Lage durch die Geburtswege gehen kann.

§. 711.

Die Nachkur ist nach der Frühgeburt desto wichtiger, je bedeutender die Zufälle, und besonders die Hämorrhagie, waren. Ausser einer angemessenen Diät, längerem Beobachten einer horizontalen Lage und Ruhe des Geistes und des Körpers, ist vorzüglich die Phosphorsäure und die China zu empfehlen, wobei nach den Umständen Mineralbäder, geistige Einreibungen des Unterleibes u. s. w. angewendet werden. Besonders ist der baldige Eintritt einer neuen Schwanger-

schaft zu verhüten und daher der Beischlaf auf längere Zeit zu untersagen.

Vergl. No. 38. — 148. — 155. — 172. — 201. — 232. — 250. — 311. — 316. — 326. — 421. — 493. — 494. — 515. — 563. — 606. — 607. — 626. — 640. — 658. — 709. — 714. — 738. — 740. — 779. — 781. — 835. — 861. — 976. — 977. — 994. — 1018. — 1053. — 1108. — 1135. — 1195. — 1215. — 1228. — 1241. — 1291. — 1303. — 1363. — 1382. — 1386. — 1398. — 1406. — 1464. — 1488. — 1513. — 1532. — 1614. Tom. I. S. 252. — 1632.. — 1671. — 1692. — 1737. — 1923. — 1935. — 1966. — 1985. — 2013. — 2117. — 2161. — 2177. — 2185. — 2191. — 2199. — 2203. — 2209. — 2218. — 2274. — 2277. — 2283. — 2285. — 2304. — 2306. — 2307. — 2322. — 2337. — 2357. — 2363. — 2393. — 2396. — 2419. — 2426. — 2466. 1815. No. 59. — 2473. —

IV. Von der Spätgeburt.

§. 712.

Wenn die Geburt später als nach vierzig Schwangerschaftswochen eintritt, so ist dieses eine Spätgeburt (*partus serotinus*). Das Vorkommen derselben bis zu 42—44 Wochen ist nicht zu leugnen, da Erfahrungen dafür sprechen: doch kann wohl in manchen Fällen, besonders bei angeblich beobachteten noch späteren Geburtsterminen mit Erhaltung des Lebens der Frucht, Irrthum oder Täuschung obwalten. Die Ursachen sind nicht auszumitteln, beruhen aber wahrscheinlich auf einer abnormen Stimmung der Thätigkeit des Uterus.

§. 713.

Die Folgen der Spätgeburt sprechen sich vorzüglich durch zu bedeutende Grösse des Kindes, mit Verknöcherung der Kopfnähte und Fontanellen, und dadurch bedingt schwere Geburt aus, welche nach den Regeln behandelt wird. — Die Beschleunigung des Eintrittes der Geburt durch den Eihautstich kann nur eine Anzeige finden, wenn die längere Dauer der Schwangerschaft bestimmt erwiesen ist, und dadurch entstandene Zufälle der Mutter Gefahr drohen.

§. 714.

In manchen höchst seltenen Fälien dieser Art stirbt die Frucht nach einiger Zeit ab, und bleibt in dem Uterus eine Reihe von Jahren liegen, während sie theilweise aufgesogen wird. Es kann dieses nur bei einem Zurücktreten der Vitalität des Uterus stattfinden. In einem solchen Falle ist es rathsam, wenn man einige Zeit über den gesetzlichen Geburtstermin abgewartet hat, die Geburt durch den Eihautstich zu befördern.

Vergl. No. 77. — 131. — 151. — 166. B. IV. 1824. S. 424. — 177. — 178. — 199. — 272. — 359. B. I. S. 1. — 399. — 424. — 565. — 700. — 714. — 852. — 936. — 1334. — 1525. — 1554. — 1583. — 1648. — 1653. — 1681. — 1702. — 1707. — 1960. — 1961. — 1976. — 1977. — 2128. — 2243. Vol. VII. 1814. —

Zweites Kapitel.

Von den organischen krankhaften Zuständen des Kindes.

I. Abweichende Grösse des Kindes.

1. Uebermässige Grösse des Kindes.

§. 715.

Die übermässige Grösse des Kindes entsteht durch zu starke Ernährung desselben oder durch zu lange Dauer der Schwangerschaft. Der Leib der Schwangeren ist sehr ausgedehnt und senkt sich nicht, während der vorliegende Kindestheil schon frühe schwer auf dem Becken liegt: es ist verhältnissmässig wenig Fruchtwasser vorhanden, das Kind ist in der Rückenlage der Mutter durch die Bauchdecken leicht zu umgreifen, und die Bewegungen desselben sind heftig und schmerzhaft für die Mutter. Die übermässige Grösse des Kindes übersteigt aber nicht leicht das Gewicht von zehn Pfunden Civilgewichtes, und die Fälle von zwölf bis dreiundzwanzigpfündigen Kindern sind wahrscheinlich entweder erfunden, oder die Zahl der Pfunde ist durch Anwendung eines leichten Gewichtes vermehrt. — Der Umfang und die Härte der Kopfknochen des Kindes ist bedeutend, die Fontanellen und Nähte sind in manchen Fällen sehr klein oder ganz verschwunden, und der Kopf rückt bei guten Wehen und zunehmender Kopfgeschwulst entweder nur langsam durch das Becken herab, oder steht unbeweglich fest.

§. 716.

Der Einfluss der übermässigen Grösse des Kindes auf die Geburt ist im mässigeren Grade, bis zu neun Pfund Gewicht, nicht nachtheilig, wenn das Becken und die Wehenthätigkeit regelmässig und die Fontanellen und Suturen nicht verknöchert sind; die Geburt dauert alsdann nur etwas länger, wird aber gemeiniglich noch durch die Kräfte der Natur beendigt. Wenn aber das Kind bei mässig weitem Becken sehr gross, bis zu zehn Pfund Gewicht, ist, und zugleich auch wohl die Fontanellen und Nähte verknöchert sind, so dass die Kopfknochen sich nicht übereinanderschieben und nach dem Becken conformiren können, so wird der Kopf auf dem Beckeneingange angekeilt, oder in dem Beckencanale eingekeilt, bei längerer Dauer stirbt das Kind, und die Geburt kann entweder gar nicht oder mit grosser Anstrengung der Mutter und unter Gefahr des Brandes, der Zerreissung des Uterus u. s. w. erfolgen. Wenn gleichzeitig mit der übermässigen Grösse der Frucht noch andere Störungen des Geburtsverlaufes, besonders enges Becken oder regelwidrige Fruchtlage, vorhanden sind, so wird der Grad der Regelwidrigkeit dadurch sehr erhöhet, und das Kind verliert gewöhnlich bald das Leben.

Man kann drei Grade der Einkeilung des Kopfes (*Paragomphosis, incuneatio capitis*) annehmen: 1) im ersten Grade kann das Kind bei guter Wehenthätigkeit noch durch die Kräfte der Natur geboren werden, doch ist die Geburt schwer, lange dauernd und die Mutter angreifend, und das Kind verliert häufig das Leben; 2) im zweiten Grade kann zwar zuweilen bei sehr guter Wehenthätigkeit die Einkeilung noch durch die Kräfte der Natur gehoben werden, aber immer nur mit Auf-

opferung des Lebens des Kindes und nachtheiliger Einwirkung auf die Mutter; in den meisten Fällen muss aber die Zange angewendet werden, wodurch häufig das Leben des Kindes erhalten wird; 3) im dritten Grade kann die Natur die Einkeilung gar nicht heben, die Zangenoperation dabei ist gemeiniglich sehr schwer und viele Kinder verlieren dabei ihr Leben; in manchen Fällen kann die Zange den Fall nicht beendigen und die Perforation des Kopfes findet ihre Anzeige. — Diese verschiedenen Grade können nicht leicht voraus erkannt werden, sondern erst die Beobachtung des Geburtsverlaufes und suweilen erst die Anwendung der Zange lässt bestimmen, welcher Grad der Einkeilung vorhanden ist, — Die Einkeilung findet übrigens häufiger ihren Grund in Beschränkung des Beckens, als in der übermässigen Grösse des Kindes.

§. 717.

Die Behandlung beschränkt sich im Anfange auf diätetische Vorschriften, um die Kräfte der Mutter überhaupt, und des Uterus insbesondere, auf die dritte und vierte Geburtsperiode aufzusparen. Man regelt nächstdem die Geburtsthätigkeit durch die bekannten äusseren und inneren Mittel, um sie möglichst kräftig und ungestört in ihren Aeusserungen zu erhalten. Einige Zögerung in der dritten und vierten Geburtsperiode wird immer zu erwarten seyn; sollte dieselbe indessen so lange andauern, dass man Gefahr für die Mutter oder das Kind zu fürchten hätte, so ist die Anwendung der Zange angezeigt, und wenn nach angemessenem Gebrauche derselben die Einkeilung nicht gehoben werden kann, so muss die Enthirnung des Kindes vorgenommen werden, um den Durchgang desselben durch das Becken möglich zu machen.

Vergl. No. 52. — 74. — 92. — 1600 B. I. S. 637.

2. Regelwidrige Kleinheit des Kindes.

§. 718.

Die regelwidrige Kleinheit des Kindes, wobei dasselbe gewöhnlich zwischen 4 und 5 Pfund, zuweilen aber auch noch weniger wiegt, findet entweder bei geringer Körpergrösse der Mutter oder bei mangelhafter Ernährung oder bei dem Eintritt der Geburt vor dem regelmässigen Termine statt. Man erkennt dieselbe an dem geringen Umfange des Leibes, an den unkräftigen Bewegungen der Frucht, an der Kleinheit und Weichheit der durch die äussere und innere Untersuchung gefundenen Theile der Frucht und an den weiten Fontanellen und Nähten.

§. 719.

Der Einfluss der regelwidrigen Kleinheit des Kindes ist bei kleinem Wuchse der Kreissenden nur wohlthätig: und selbst wenn mangelhafte Ernährung oder früher Eintritt der Geburt die Ursache derselben war, findet man nur selten die Geburt übereilt, weil durch die nämliche Ursache, welche die Ernährung regelwidrig machte, auch die Aeusserungen der Wehenthätigkeit herabgesetzt werden. Wenn indessen die Geburt zu schnell zu verlaufen drohet, so verfährt man dabei, wie bei der durch zu grosse Thätigkeit der Gebärmutter und zu weites Becken übereilter Geburt (§. 415.)

II. Abweichende Form des Kindes.

1. Monstrosität des Kindes.

§. 720.

Die Monstrosität des Kindes, sie mag hervorgegangen seyn aus einem Stehenbleiben auf einer nie-

deren Bildungsstufe des Fötuslebens, oder aus Krankheiten dieser Periode, oder aus Ineinanderschmelzen von Zwillingen, oder aus luxurirendem Bildungstriebe, oder aus dem Versehen der Schwangeren (?), hat rücksichtlich ihres Einflusses auf die Geburt nur zwei Arten, nämlich die Monstrositas per excessum, bei welcher durch die Ueberzahl der Gliedmassen u. s. w. die Geburt erschwert oder unmöglich gemacht wird, oder die Monstrositas per defectum, wodurch nur die Diagnose, nicht aber der Geburtsverlauf selbst erschwert und regelwidrig gemacht wird.

Man kann die Bildungsfehler der Frucht auf folgende Weise eintheilen:

I. Deformatio quantitativa,
  1) Deformatio per excessum,
    a) Physconien,
    b) Duplicationen,
  2) Deformatio per defectum,
    a) Ariduren,
    b) Defecte;

II. Deformatio qualitativa,
  1) Alienatio continuitatis,
    a) Concretionen,
    b) Diaeresen,
  2) Alienatio contiguitatis,
    a) Depravationen,
    b) Aberrationen.

§. 721.

Die erste Art der Monstrositas per excessum, welche die Geburt erschweren kann, sind zusammengewachsene oder ineinandergeschmolzene Zwillinge. Obgleich man Beispiele hat, dass dieselben ohne Hülfe der Kunst und zuweilen sogar lebend geboren worden

sind, so kommen doch andere Beispiele vor, bei welchen sie die Geburt ungemein erschwert haben. Je kleiner die Fläche ist, mit welcher die Zwillinge zusammengewachsen sind, desto leichter pflegt im Allgemeinen noch die Geburt derselben zu seyn, während bei Verwachsung grösserer Flächen, besonders aber bei vollkommener Verschmelzung des Rumpfes, eher ein bedeutendes Geburtshinderniss dadurch entsteht. Da keine bestimmten Regeln gegeben werden können, so kann nur im Allgemeinen der Grundsatz gelten, dass wenn von zwei neben einanderstehenden Köpfen der eine hervorgetreten ist, der zurückgebliebene stets nach der hinteren Beckenwand gerichtet seyn muss, wenn er nicht der Geburt Hindernisse machen soll: hatte er daher diese Lage noch nicht, so muss das Kind um seine Längenachse gedreht und so gerichtet werden. Kann die Geburt durch die gewöhnlichen Mittel nicht beendigt werden, so darf nie die Kaisergeburt, wohl aber die blutige Trennung und Verkleinerung des kindlichen Körpers vorgenommen werden, welche hier mit minderer Schwierigkeit und Gefahr ausgeführt werden kann, da die Räumlichkeit des Beckens die Einführung der Hand und des Instrumentes gestattet.

§. 722.

Eine andere Art der Monstrositas per excessum sind abnorme Geschwülste, welche an verschiedenen Stellen der hinteren Fläche des Körpers, vorzüglich aber am unteren Ende des Rückgrates bis über den Steiss abwärts gefunden werden, und wahrscheinlich von einem entzündlichen oder wassersüchtigen Leiden des Rückenmarkes im Fötusleben herrühren, mit wel-

chem sie auch zusammenhängen. Wenn sie klein sind, haben sie keinen Einfluss auf die Geburt, sobald sie sich aber der Grösse eines Kindeskopfes nähern oder dieselbe überschreiten, hindern sie den völligen Austritt des bis unter die Schultern bereits geborenen Kindes, wenn die Geschwulst hinter der Schambeinfuge feststehet. Man wendet das Kind ohne Gewalt um seine Längenachse, so dass die Geschwulst gegen das Kreuzbein gerichtet wird, und entwickelt so mit Leichtigkeit die Frucht. — Die Ueberzahl einzelner Gliedmaassen wird nicht leicht als Geburtshinderniss beobachtet werden.

§. 723.

Die Monstrositas per defectum, Hemicephalus, Acephalus, grösserer oder geringerer Mangel der Gliedmaassen oder des Rumpfes, Hasenscharte, Wolfsrachen, Mangel der Brust- oder Bauchwandung u. s. w. kann bei der Geburt nur die Diagnose schwierig machen, wenn ein solcher missbildeter Theil der Frucht sich dem untersuchenden Finger darbietet, hat aber keinen Einfluss auf die Geburt, da die sorgfältig fortgesetzte Untersuchung die Beschaffenheit der Missbildung bald erkennen lässt.

Vergl. No. 46. — 121. — 143. — 188. — 205. — 313. — 318. — 322ª. — 331. — 332. — 383. 393. — 444. — 514. — 524. — 529. — 572. — 592ª. — 593. — 614. — 620. — 631. — 672. — 768. — 820. — 821. — 822. — 823. — 826. — 953. — 962. — 1021. — 1170. — 1178. — 1251. — 1301ª. — 1302. — 1351. — 1359. — 1384. — 1401. — 1403. — 1547. — 1600. —

B. I. S. 712. — 1610. — 1617. — 1762. — 1810a. — 1814. — 1815. — 2007. — 2054. — 2082. — 2102a. — 2220. — 2407. — 2437. — 2465. B. IV. H. 1. S. 1. 2471. —

2. Angeborene Wassersucht.

§. 724.

a) Der angeborene Wasserkopf (*Hydrocephalus congenitus*), bei welchem das Wasser gewöhnlich zwischen den Hirnhäuten und dem Schädel liegt, wird an dem grösseren Umfange des Kopfes und den mehr oder minder weit auseinanderstehenden Suturen und Fontanellen erkannt. Der Umfang des Kopfes ist verschieden, von dem mässigen Ueberschreiten des gewöhnlichen Maasses bis zu der Ausdehnung des Schädels zu der Grösse eines Mannskopfes. Bei vorangehendem Kopfe ist die Diagnose leicht, schwerer bei der Steiss- oder Fussgeburt, besonders wenn wegen des sehr bedeutenden Umfanges des Kopfes, derselbe hoch über dem Becken stehen bleibt.

§. 725.

Der Einfluss des Wasserkopfes auf die Geburt ist verschieden nach dem Grade seiner Ausdehnung. Bei geringerer Ausdehnung kann der Kopf noch in das Becken eintreten, und rückt entweder langsam darin fort oder wird eingekeilt; bei höherem Grade bleibt der Kopf aber ganz über dem Becken stehen. Wenn der erste Fall vorhanden ist, so kann wohl das Kind noch ohne Kunsthülfe geboren werden, oder man entwickelt bei zögernder Ausschliessung des Kindes, das letztere mittelst der Zange. Wenn aber der Kopf gar nicht in das Becken eintreten kann, so ist es nothwen-

dig das Wasser durch die zunächst gelegene Sutur oder Fontanelle mittelst des Perforatoriums oder eines gekrümmten Troicars auszuleeren: bei vorliegendem Kopfe wählt man dazu die grosse Fontanelle oder die Pfeilnaht, bei vorangehendem Rumpfe der Frucht eine der kleinen hintern Seitenfontanellen. Man hütet sich das Instrument zu tief einzuführen, da hier nur das Wasser ausgeleert, nicht das Gehirn zerstört werden soll; doch wird auch in diesem Fall das Kind gemeiniglich todt geboren. Wenn nach der Verkleinerung des Kopfes derselbe nicht ausgeschlossen wird, so entwickelt man ihn mittelst der Zange. Bei grosser Ausdehnung des Kopfes, lebhafter Wehenthätigkeit und Mangel der Kunsthülfe platzt der Kopf zuweilen und das Wasser wird entweder durch eine geöffnete Sutur, oder durch die Nase, den Mund, die Augen und Ohren ausgeleert.

§. 726.

b) Die angeborene Bauchwassersucht des Kindes wird durch die Untersuchung erkannt, wenn nach dem Austritte des Kopfes oder der unteren Extremitäten der Rumpf des Kindes nicht in dem Becken vorrücken kann. Im geringeren Grade entsteht dadurch nur eine mässige Geburtszögerung, welche entweder durch die Wehenthätigkeit oder durch kunstmässiges Anziehen des vorliegenden Theiles beseitigt wird. Wo dieses nicht zureicht, ist es nöthig, das Wasser durch Einführung des Troicars auszuleeren, welcher zwischen der vorderen oberen Spitze des Hüftbeinkammes und dem Nabelringe eingestossen wird.

Vergl. No. 715. — 731. Bd. I. S. 372. — 1281. — 2081. — 2388c.

3. Einige angeborne Bildungsfehler.

§. 727.

Es giebt einige angeborne Bildungsfehler des Kindes, welche gleich nach der Geburt die Hülfe der Kunst fordern, weil durch dieselbe theils wichtige Functionen des neugebornen Kindes gestört, theils die vorzüglichsten Excretionen gehindert werden. Es liegt besonders viel daran, dass sie frühzeitig erkannt und gehoben werden. — *a)* Wenn das Zungenbändchen zu dick und kurz oder zu lang, bis an die Spitze der Zunge reichend, oder durch abnorme Seitenbänder verstärkt ist, so wird das Kind dadurch am Saugen gehindert, indem es die Zunge nicht über die Unterlippe vorbringen kann. Bei geöffnetem Munde führt man einen Mundspatel unter die Zunge, oder setzt die Spitze eines Fingers neben das Zungenbändchen, und trennt die Verwachsung durch vorsichtige Schnitte mit einer stumpfspitzigen Scheere: nachher streicht man öfters Rosenhonig unter die Zunge.

§. 728.

b) Die Atresie der Harnröhre kann verschieden vorkommen: bei dem männlichen Geschlechte ist entweder die Vorhaut undurchbohrt, oder die vorhandene Oeffnung zu klein, und dann nimmt man die Beschneidung nach den Regeln vor; oder die Mündung der Eichel selbst ist verschlossen, und dann öffnet man dieselbe mit einem kleinen Schnitte, wenn nur eine dünne Haut darüber liegt; wenn aber die ganze Eichel undurchbohrt ist, so öffnet man die Harnröhre gleich hinter und unter der Eichel. Nach der Eröffnung wird einige Tage lang eine mit Cerat bestrichene Wieke ein-

gelegt. — Bei dem weiblichen Geschlechte ist die Harnröhre, wenn nicht grössere Fehler der ersten Bildung gleichzeitig vorhanden sind, in der Regel nur durch eine dünne Haut bei der Verwachsung der Schamlippen verschlossen, welche durch einen Schnitt eröffnet wird. — Die Atresie des Scheideneinganges braucht nicht gleich nach der Geburt gehoben zu werden.

§. 729.

c) Die Atresie der Aftermündung ist entweder nur durch eine über die letztere gehende dünne Haut veranlasst, und dann kann man zuweilen das Meconium hinter derselben sehen und fühlen. Man macht einen Kreuzschnitt, worauf man die Ecken der dadurch gebildeten vier Hautlappen abschneidet, und eine mit Cerat bestrichene Wieke einlegt. Ist aber die Verschliessung tiefer und fehlt wohl ein Theil des Mastdarms, so macht man mit einem bauchigen Bistouri seichte Schnitte, welche trichterartig immer tiefer eindringen, bis man auf den Mastdarm stösst. Das Einstossen eines Troicars ist gänzlich zu vermeiden. Wenn man den Mastdarm nicht erreichen kann, so muss ein künstlicher After gebildet werden.

4. Die Kopfgeschwulst.

§. 730.

Wenn der Kopf langsam durch das Becken geht, so entsteht an demselben, oder an dem vorangehenden Theile eine Geschwulst, welche in den gewöhnlichen Fällen keine weitere Berücksichtigung verdient, da sie nach Verlauf einiger Tage von selbst verschwindet. Nur wenn die Kopfgeschwulst so bedeutend ist, dass der Uebergang in Entzündung und Eiterung zu fürch-

ten ist, macht man einigemal täglich Fomentationen von einem warmen aromatischen Kräuteraufgusse mit Wein, worauf dieselbe bald zertheilt wird.

6. Die Verschiebung der Schädelknochen.

§. 731.

Bei grossem Kopfe des Kindes und schwierigem Durchgange desselben durch das Becken werden die Kopfknochen zuweilen so verschoben, dass die Seitenbeine in der Pfeilnaht übereinanderliegen, oder die Stirnbeine mit ihrem Rande unter die Seitenbeine geschoben sind. In der Regel stellt die Pulsation des Gehirns diese Regelwidrigkeit in kurzer Zeit nach der Geburt ohne weitere Hülfe her; wenn sie aber bedeutend ist, so sind lauwarme aromatische Fomentationen, mit einem Zusatze von Wein oder Branntwein anzuwenden. Dasselbe Verfahren wird beobachtet, wenn bei einem etwas beschränkten Becken durch das Anstehen des Kopfes am Promontorium eine Stelle des Schädels, gewöhnlich an einem Seiten- oder Stirnbeine, einwärts gebogen wird: gelingt es das Kind aus dem Scheintode zu erwecken, so verliert sich die Einbiegung bei der angegebenen Behandlung bald.

7. Die Blutkopfgeschwulst.

§. 732.

Die Blutkopfgeschwulst *(Ecchymoma capitis, Cephalohaematoma)* ist nur selten während oder gleich nach der Geburt zu bemerken, sondern bildet sich gemeiniglich erst am zweiten oder dritten Tage nach derselben aus. Sie hat ihren Sitz auf einem der Seitenbeine nahe an der kleinen Fontanelle, seltener auf

dem Hinterhauptbeine, ist farblos, gespannt, mässig fluctuirend, schmerzlos und umschrieben: nach einigen Tagen findet man an ihrem Rande einen knöchernen Ring des unterliegenden Schädelknochens, welcher die Täuschung veranlasst, als ob die äussere Tafel des Schädelknochens fehle. Sich selbst überlassen zertheilt sie sich selten, häufiger steht sie länger unverändert, das Kind nimmt ab an Kräften und Volumen, und stirbt unter Convulsionen; zuweilen veranlasst sie Eiterung. Der Sitz des Blutes ist zwischen dem Cranium und Pericranium, und sie wird häufiger nach regelmässigen und leichten, seltener nach regelwidrigen und schweren Geburten beobachtet. Unter den verschiedenen Meinungen über ihre Entstehung hat die am meisten Wahrscheinlichkeit für sich, dass durch eigenthümliche mechanische Verhältnisse bei der Geburt mehrere einem Sinus angehörige Venen geöffnet werden, und das Blut langsam unter das Pericranium ergiessen.

§. 733.

Bei der Behandlung hat man die von manchen empfohlenen erweichenden Ueberschläge, welche nur die Ergiessungen vermehren und Entzündung und Eiterung herbeiführen können, streng zu vermeiden, und vielmehr die Geschwulst mit adstringirenden und aromatischen Aufgüssen mit Wein oder Weingeist mässig warm zu fomentiren, um das ergossene Blut zu coaguliren und die Resorption desselben zu fördern: die Decocta Chinae oder Quercus oder Salviae, mit Infusum Serpylli und einem Zusatze von Spiritus Lavendulae empfehlen sich dazu. Zuweilen gelingt es, dadurch die Zertheilung herbeizuführen; wenn man aber diese Mittel zehn bis vierzehn Tage lang vergeb-

lich angewendet hat, so öffnet man die Geschwulst mit der Lanzette, streicht das jetzt sehr schwarze und zuweilen coagulirte Blut heraus, und legt einen sanft drückenden Verband an. Gemeiniglich füllt sich am folgenden Tage die Geschwulst wieder etwas an, doch verschwindet dieses am zweiten Tage wieder. — Früher als vor dem zehnten Tage darf die Eröffnung der Geschwulst durch das Messer nicht vorgenommen werden, weil sonst leicht bedeutende Blutung entsteht.

Vergl. No. 60. B. II. H. 2. p. 245. — 246. — 832. — 987. — 1242. — 1325. B. II. St. 4. p. 657. — 1528. S. 245. — 1618. p. 123. — 2179a. — 2461. — 2465. B. IV. H. 2. p. 223. —

III. Regelwidrige Stellung und Lage des Kindes.

A. Von der regelwidrigen Stellung des Kindes.

§. 734.

Wenn neben dem regelmässig auf- oder in dem Becken stehenden Kopfe oder Steisse des Kindes obere oder untere Extremitäten vorfallen, so kann die Geburt dadurch regelwidrig werden: allein nur als Ausnahme wird eine bedeutende Störung der Geburt dadurch veranlasst, und daher ist die vormals allgemein gültige Regel, dass bei hohem Stande immer hier die Wendung auf die Füsse angezeigt sey, bei tieferem Stande aber die vorliegende Extremität angezogen und ausgestreckt werden müsse, zu verwerfen.

1. Kopflage mit gleichzeitig vorliegendem Arme.

§. 735.

Wenn neben dem Kopfe eine Hand oder ein Arm vorliegt, so ist der Einfluss auf die Geburt verschieden. Vor dem Wassersprunge, in den beiden ersten Geburtsperioden, hat man besonders zu bemerken, ob der Kopf regelmässig auf dem Becken oder nur auf einem Beckenrande stehet, und Neigung zeigt über demselben wegzugleiten, wo dann leicht eine Achsellage entsteht. Man lässt die Kreissende von Anfang an eine angemessene Lage, bei Schieflage des Uterus eine Seitenlage beobachten, und wenn das Ende der zweiten Geburtsperiode herannahet, so sprengt man künstlich die Blase, fixirt den Kopf mit einem Finger und hält den vorliegenden Arm mit dem anderen Finger neben demselben zurück. So lässt man die Hand ruhig liegen, bis der Kopf durch die eintretenden Wehen vollkommen auf dem Beckeneingange fixirt worden ist, worauf dieselbe sich allmählig zurückzieht und die Geburt nicht weiter stört. — Steht vor dem Wassersprunge der Kopf auf einem Beckenrande, so verfährt man wie bei der Wendung auf den Kopf, indem man zuerst eine Seitenlage auf der Seite, auf welcher der Kopf über dem Beckenrande steht, annehmen lässt, später aber den künstlichen Blasensprung vornimmt, den Kopf umfasst und in den Beckeneingang leitet. — Ist der Kopf schon in das Becken eingetreten, so vermeidet man das von Manchen empfohlene Anziehen und Ausstrecken des Armes, eben so die zum Zurückführen desselben empfohlenen Instrumente oder Einführung eines Schwammes, sondern

sucht mit dem Finger und ohne Gewalt die vorgefallene Hand zurückzuhalten, wobei die Geburt gewöhnlich ohne Störung beendigt wird; wenn es nicht gelingt, dieselbe zurückzubringen, so überlässt man den weiteren Vorgang der Natur und beobachtet nur aufmerksam den Geburtsverlauf. Erfolgt die Drehung des Kopfes dabei nicht regelmässig oder wird der Kopf wegen Mangel an Raum eingekeilt, so beendigt man die Geburt mit der Zange, mit der Vorsicht, die vorgefallene Hand nicht mit dem Instrumente zu fassen. — Liegen beide Arme neben dem Kopfe vor, so erfordert dieses die nämlichen Rücksichten in höherem Grade. — Ist der vorgefallene Arm nach der Geburt angeschwollen und blau, so verschwindet die Geschwulst entweder nach einigen Tagen von selbst, oder sie weicht derselben Behandlung, wie die Kopfgeschwulst.

2. Kopflage mit vorliegenden oberen und unteren Extremitäten.

§. 736.

Obere und untere Extremitäten werden zugleich neben dem Kopfe vorliegend wohl nur bei nichtausgetragener Frucht oder nach erfolgtem Tode des Kindes beobachtet, weil ein ausgetragenes lebendes Kind nicht leicht den zu dieser Lage nothwendigen Grad von Nachgiebigkeit der Gebilde besitzt. Die Geburt eines ausgetragenen Kindes muss durch diese Stellung nothwendig sehr erschwert oder gar unmöglich gemacht werden. Bei hohem Kopfstande sucht man die Füsse mit zwei beölten Fingern zurückzuführen, oder wo dieses durchaus nicht angeht, nimmt man die Wendung auf die Füsse vor: bei tiefem Kopfstande hält

man die unteren Extremitäten möglichst zurück, und bei bedeutender Geburtszögerung beendigt man die Geburt mittelst der Zange.

3. Untere Extremitäten neben dem Steisse vorliegend.

§. 737.

Wenn neben dem Steisse untere Extremitäten vorliegen, so glaubte man, dass dieses die Geburt erschweren oder hindern könnte; allein der Erfahrung gemäss hat es durchaus keinen nachtheiligen Einfluss. Man vermeidet sorgfältig sowohl das Zurückführen als das Anziehen der Füsse. Dasselbe gilt von dem Vorfalle einer Hand neben dem Steisse, welches durchaus keine besondere Hülfe erfordert.

B. Von den regelwidrigen Lagen des Kindes.

§. 738.

Wenn die Längenachse des Kindes während der Geburt von der Achse des Beckeneinganges und gemeiniglich auch von der Längenachse der Gebärmutter so abweicht, dass ein anderer Theil des Kindes als der Kopf, der Steiss, die Kniee oder die Füsse sich auf dem Beckeneingange und in dem Muttermunde zeigen, so ist dieses eine regelwidrige Fruchtlage.

§. 739.

Der Einfluss der regelwidrigen Kindeslagen auf die Geburt besteht darin, dass der Eintritt derselben häufig um acht bis vierzehn Tage verspätet wird, und dass ein ausgetragenes, selbst auch ein lebensfähiges Kind nach dem siebenten Schwangerschaftsmonate,

durch die Kräfte der Natur nicht geboren werden kann, wenn nicht die übele Lage durch die Thätigkeit des Uterus oder durch die Kunst gehoben wird. In sehr seltenen Fällen dieser Art kann jedoch unter besonders günstigen Bedingungen nach dem Tode des Kindes die Geburt durch die Selbstentwickelung erfolgen (§. 763). Als Regel kann indessen angenommen werden, dass bei unterbleibender Lageverbesserung durch die Naturthätigkeit oder durch die Kunst, während des Verlaufes der Geburt zuerst das Kind stirbt, und bei längerer Hülflosigkeit auch die Mutter ihr Leben verliert.

§. 740.

Das Leben des Kindes erlischt, wenn dasselbe nach Abfluss des Fruchtwassers in der regelwidrigen Lage durch die Thätigkeit der Gebärmutter auf den Beckeneingang gepresst wird und dabei edle Theile des Kindes Druck erleiden; die Mutter stirbt aber bei längerer Dauer der Geburt entweder durch Erschöpfung der Erregbarkeit, während des vergeblichen Strebens des Uterus die Geburt zu beendigen, oder durch Ruptur des Uterus bei diesem Vorgange, oder durch den an dem unteren Gebärmutterabschnitte, in Folge des langdauernden Druckes desselben zwischen dem vorliegenden Kindestheile und dem Becken, entstehenden Brand.

§. 741.

Die Ursachen der regelwidrigen Fruchtlagen können zwar nur mit Wahrscheinlichkeit angegeben werden, und man hat darüber die verschiedensten Meinungen aufgestellt, von welchen viele, z. B. der regelwidrige

Sitz der Placenta, das Hervorragen des Vorbergs des Kreuzbeins u. a. m. längst verworfen worden sind; doch sind es einige, welche man als solche annehmen kann, besonders da mehrere derselben durch das wiederholte, ja beständige Vorkommen übler Fruchtlagen bei einzelnen Gebärenden, einen gewissen Grad von Authenticität erlangt haben. Es sind diese folgende: 1) regelwidrige Beckenbildung, besonders das rhachitische Becken in höherem Grade; 2) grosse Neigung des Beckens, in Verbindung mit abweichender Lage des Uterus; 3) zu flach liegende Darmbeine, in Verbindung mit abweichender Lage des Uterus; 4) regelwidrige Bildung des Uterus, besonders Schiefheit, mag sie in fehlerhafter erster Bildung, oder in mangelhafter Entwickelung der Dicke seiner Wandung, oder in sackartiger Entwickelung desselben begründet seyn; 5) regelwidrige Lagen des Uterus, welche für sich erst im Anfange der Geburt und besonders bei zu früh erfolgendem Wassersprunge die übele Fruchtlage veranlassen; 6) regelwidrige Thätigkeit des Uterus, besonders zu grosse Laxität desselben in dem letzten Schwangerschaftsmonate und in den beiden ersten Geburtsperioden (diese Ursache, auf welche auch Mende aufmerksam macht, scheint bisher zu sehr übersehen worden zu seyn, da doch die meistens selbst nach gemachter Wendung vermisste Expulsivthätigkeit ihren Einfluss anzeigt); 7) grosse Menge des Fruchtwassers, welche gewöhnlich in mangelnder Thätigkeit des Uterus ihren Grund hat; 8) Fehler der Nabelschnur, zu grosse Länge, Umschlingung und bedeutende Verkürzung derselben; 9) mehrfache Schwangerschaft, Zwillinge, Drillinge u. s. w. 10) Aeussere Einwirkungen, Erschütterungen des ganzen Körpers und des

Uterus, besonders aber anhaltende Beschäftigungen in gebückter Stellung in dem letzten Schwangerschaftsmonate u. s. w.

Vergl. No. 2465. B. III. H. 1. S. 91.

§. 742.

Die Erscheinungen, welche eine regelwidrige Fruchtlage vermuthen lassen, und welche schon häufig in der Schwangerschaft gefunden werden, sind folgende: der Leib ist breit und platt, oder schief und ungleich geformt, oder sehr überhängend, oder ungemein von Fruchtwasser ausgedehnt und hochstehend; in manchen Fällen, bei geringerer Menge des Fruchtwassers und dünnen Bauchdecken, lässt sich in einer horizontalen Rückenlage der Kreissenden die regelwidrige Lage der Frucht durch die äussere Untersuchung erkennen; die ungleich ausgedehnten Stellen der Gebärmutter schmerzen, besonders bei Berührung derselben; die Bewegung der Frucht wird von der Kreissenden, und zuweilen auch von dem untersuchenden Geburtshelfer, an ungewöhnlichen Stellen, in den Seiten und nach der Leistengegend hin, auch wohl tief im Becken gefühlt; der Herzschlag der Frucht wird in der oberen Hälfte der Gebärmutter oder zur Seite gehört; der untere Abschnitt der Gebärmutter wird bei der inneren Untersuchung unentwickelt, hochstehend oder kegelförmig herabhängend und wulstig, und entweder kein vorliegender Kindestheil oder ein ungewöhnlicher darin entdeckt; die Aeusserung der Wehenthätigkeit in den beiden ersten Geburtsperioden ist unregelmässig, unkräftig und langsam; der Muttermund erweitert sich langsam, in unregelmässiger, zuweilen verzogener Form und bleibt länger wulstig; die Blase bleibt

schlaff, wölbt sich nicht in den Muttermund oder tritt bei wenig eröffnetem Muttermunde durch denselben hervor, wird lang und steigt tief in die Mutterscheide herab; der Wassersprung leert den grössten Theil des Fruchtwassers auf einmal aus und der Ueberrest folgt bald schleichend nach, oder die Eihäute zerreissen schon im Anfange der Geburt an einer von dem Muttermunde entfernten Stelle und das Fruchtwasser geht allmählig schleichend ab; nach dem Abflusse des Fruchtwassers unterscheidet der untersuchende Finger oder bei höherem Stande die eingeführte Hand den regelwidrig vorliegenden Kindestheil mit Bestimmtheit.

§. 743.

Wenn das Kind in der Gebärmutter so gelagert ist, dass der Kopf und der Steiss desselben sich in den beiden Seiten in gleicher Höhe befinden, so ist dieses die Querlage, welche mit abwärts gerichteter vorderer, hinterer und Seitenfläche und mit oder ohne vorliegende Extremitäten oder Nabelschnur vorkommen kann; sie wird nur selten beobachtet und geht im Verlaufe der Geburt bald in die Schieflage über. — Die Schieflage besteht dann, wenn der Kopf oder der Steiss in einer Seite der Gebärmutter tiefer abwärts stehend und das andere Ende des Kindes in der entgegengesetzten Seite höher in der Gebärmutter stehend gefunden wird. Der Kopf wird häufiger tiefstehend gefunden, als der Steiss.

§. 744.

Die regelwidrigen Kindeslagen sind entweder ursprüngliche oder mitgetheilte, und erleiden im Verlaufe der Geburt, sich selbst überlassen, verschiedene

Veränderungen, welche auf die Vorhersagung und auf die Anwendung der Hülfen Einfluss haben. Auch kann übele Einwirkung der Kunst Veränderung in der Lage hervorbringen. — Man hat seit geraumer Zeit so viele verschiedene Kindeslagen angenommen, als sich Stellen des kindlichen Körpers auf dem Beckeneingange zeigen können, wobei die verschiedene Richtung der Flächen die Unterabtheilungen bestimmte. Die Erfahrung hat indessen erwiesen, dass diese verschiedenen Lagen in der Natur nicht beobachtet werden, und dass z. B. noch keine Halslage vorhanden ist, wenn man bei vorliegender Schulter an dem Rande des kleinen Beckens den Hals erreichen kann. Folgende regelwidrige Fruchtlagen werden nur beobachtet.

§. 745.

1. Seitenbrustlagen und Schulterlagen, mit oder ohne Vorfall des Arms, sind die häufigsten aller regelwidrigen Kindeslagen, so dass man von denselben zuweilen eine bedeutende Anzahl beobachtet, ehe einmal eine der übrigen regelwidrigen Lagen vorkommt. Sie sind Schieflagen des Kindes und haben entweder früher schon bestanden, oder sind durch Senkung des Kopfes nach dem Becken zu, aus einer Querlage hervorgegangen. Man erkennt dieselben an der eigenthümlichen Rundung der Schulter, der Nähe des Schulterblattes, des Schlüsselbeins, des Halses und der Rippen. An der Richtung dieser Theile, so wie an dem etwa vorgefallenen Arme unterscheidet man, welche Schulter vorliegt. — Folgende Arten der Schulterlagen werden vorzüglich beobachtet.

§. 746.

Erste Schulterlage. Die Schulter liegt über dem Beckeneingange, der Kopf steht nach vorn und links über dem linken Schambeine, das untere Ende des Rumpfes nach hinten über der rechten Kreuzdarmbeinverbindung. Diese Lage hat zwei Unterarten, je nachdem die rechte oder die linke Schulter vorliegt: in der ersten, wo die rechte Schulter vorliegt, ist die vordere Fläche des Kindes nach hinten und links gerichtet, und der Steiss steht über der rechten Kreuzdarmbeinfuge mit nach hinten gerichteten Füssen; in der zweiten, wo die linke Schulter vorliegt, ist die vordere Fläche des Kindes nach vorn und rechts gerichtet.

§. 747.

Zweite Schulterlage. Die Schulter steht über dem Beckeneingange, der Kopf über dem rechten Schambeine, der Steiss über der linken Kreuzdarmbeinfuge. Bei der ersten Unterart liegt der linke Arm vor und die vordere Fläche des Kindes ist nach hinten und rechts gerichtet, bei der zweiten Unterart liegt der rechte Arm vor und die vordere Fläche ist nach vorn und links gerichtet.

§. 748.

Dritte Schulterlage. Die Schulter steht über dem Beckeneingange, der Kopf über der rechten Kreuzdarmbeinfuge oder in der rechten Darmbeinschaufel, und der Steiss nach vorn und links über dem linken Schambeine. Bei der ersten Unterart liegt der linke Arm vor und die vordere Fläche des Kindes ist nach hinten und links gerichtet; bei der zweiten Unterart

liegt der rechte Arm vor und die vordere Fläche des Kindes ist nach vorn und rechts gerichtet.

§. 749.

Vierte Schulterlage. Die Schulter steht über dem Beckeneingange, der Kopf liegt über der linken Kreuzdarmbeinfuge und der Steiss nach vorn und rechts über dem rechten Schambeine. Bei der ersten Unterart liegt die rechte Schulter vor und die vordere Fläche ist nach hinten und rechts gerichtet: bei der zweiten Unterart liegt die linke Schulter vor und die vordere Fläche des Kindes ist nach vorn und links gerichtet.

§. 750.

In allen diesen Fällen correspondirt die Längenachse des Kindes ungefähr mit einem schiefen Durchmesser des Beckeneinganges: doch wird derselbe gewöhnlich etwas überschritten, so dass sie sich dem Querdurchmesser des Beckeneinganges etwas nähert. — Im Verlaufe der Geburt beobachtet man, dass in der ersten und zweiten Schulterlage der Thorax früher und tief in das Becken herabtritt, während derselbe bei der dritten und vierten Schulterlage länger hoch stehen bleibt und überhaupt nicht so tief in das Becken herabsinken kann, als in den beiden ersten, in welchen auch nur die dritte Art der Selbstwendung, die Selbstentwickelung, möglich ist, welche in der dritten und vierten Schulterlage nie zu Stande kommen kann. — In Beziehung auf die Wendung auf die Füsse ist die erste Unterart jeder Schulterlage günstiger, weil in derselben die Füsse stets an der hinteren Wand des Uterus gefunden werden, die zweite Unterart jeder

Schulterlage aber ungünstiger, indem in derselben die Füsse an der vorderen Wand des Uterus liegen, und schwerer zu erreichen und herabzuführen sind.

§. 751.

2) Brustlage mit vorliegender hinterer Fläche der Brust kommt nur höchst selten vor, und es kann dann gleichzeitig ein Arm vorfallen. Man erkennt die Lage an den Schulterblättern und der Rückenwirbelsäule. Im Verlaufe der Geburt geht sie in der Regel in eine Seitenbrustlage über und kann dann in einer der vier Lagen derselben vorkommen.

§. 752.

3) Brustlage mit vorliegender vorderer Fläche der Brust, wobei ein oder beide Arme vorgefallen seyn können, ist als primäre Kindeslage nicht zu denken, und kann nur nach längerer Dauer der Geburt ohne zweckmässige Hülfe aus einer Seitenbrustlage hervorgehen, oder durch Anziehen des zweiten Armes künstlich hervorgebracht worden seyn. Wenn sie vorkommt, so wird dieses wahrscheinlich nur in einer Stellung seyn, welche der ersten oder zweiten Seitenbrustlage entspricht, nämlich mit dem Kopfe über einem Schambeine und mit dem unteren Rumpfende über der entgegengesetzten Kreuzdarmbeinvereinigung. Man erkennt sie an dem Brustbeine, den Rippen, den Schlüsselbeinen und den Brustwarzen.

§. 753.

4) Bauchlage mit der hinteren Fläche vorliegend kommt in seltenen Fällen vor, und wird an dem Rückgrate ohne Rippen, an der Nähe der fal-

schen Rippen und an dem Becken erkannt. Sie kommt nur in einer schiefen Lage mit dem Steisse über einer Kreuzdarmbeinverbindung und nach vorn gerichtetem oberem Rumpfende oder quer über dem Becken stehend vor, und geht leicht in eine Steisslage über.

§. 754.

5) Bauchlage mit der Seitenfläche des Bauches vorliegend wird wohl kaum beobachtet werden können; doch ist das Vorkommen derselben denkbar bei abgestorbenen oder unreifen Früchten. Die weiche Fläche, welche nach oben von den falschen Rippen und nach unten von dem Hüftbeinkamme begrenzt wird, lässt dieselbe erkennen.

§. 755.

6) Bauchlage mit vorliegender vorderer Fläche des Bauches wird nur höchst selten beobachtet und von Manchen ganz geleugnet. Man muss dabei zwei verschiedene Lagen, welche zu verschiedenen Zeiten der Geburt vorkommen können, unterscheiden. Die erste Art der Bauchlage kann man annehmen, wenn der Leib der Kreissenden breit, platt und hochstehend, und die beiden Seiten desselben sehr hervorragend sind und dicke, runde Kindestheile bemerken lassen: bei der inneren Untersuchung findet man anfangs gar keinen vorliegenden Theil, wenn sich aber in der zweiten Geburtsperiode der Muttermund erweitert, so bemerkt man obere und untere Extremitäten zugleich vorliegend, zwischen welchen man zuweilen auch noch die Nabelschnur findet. Hier kann man annehmen, dass eine Bauchlage vorhanden ist, selbst wenn man auch den Bauch durchaus nicht mit dem

untersuchenden Finger erreichen könnte. Diese Lage bleibt aber im Verlaufe der Geburt nicht so, sondern wenn die Wehen anfangen, wirksamer zu werden, so wird ein Endpunkt des Kindes, in der Seite, in welcher die Wehenthätigkeit am stärksten wirkt, tiefer herabgeschoben, als der andere, und so geht diese Lage entweder in Schulterlage mit Vorfall eines Armes oder in die Fusslage über.

§. 756.

Die zweite Art der Bauchlage ist die, bei welcher die vordere Fläche des Bauches fest und tief auf dem kleinen Becken stehend, mit Vorlage der Nabelschnur durch den untersuchenden Finger erkannt wird. Viele erfahrene Geburtshelfer haben sie nie beobachtet und leugnen sie deshalb gänzlich, während sie von Anderen in höchst seltenen Fällen gefunden worden ist. Diese Lage kann niemals als primäre vorkommen, sondern nur dann entstehen, wenn die erste Art der Bauchlage oder eine Brustlage ohne Vorfall der Arme vernachlässigt wird, und die vordere Fläche des Kindes mit der am Meisten nachgebenden Bauchgegend in das Becken hinabgedrückt wird.

§. 757.

7. Hüft- und Beckenlagen sind unvollendete Steisslagen, in welche sie sehr bald übergehen. Bei Hängebauch stellt sich jede Steisslage in der ersten Geburtsperiode als eine Hüft- oder Beckenlage dar.

§. 758.

Wenn der Geburtshelfer bei einer regelwidrigen Kindeslage hinzugerufen wird, so findet er, bei übri-

gens gleichen Umständen, folgende verschiedene Zustände. 1) Das Fruchtwasser ist noch nicht abgeflossen und der Muttermund öffnet sich allmählig; es ist dieses das günstigste Verhältniss; 2) das Fruchtwasser ist abgeflossen, die Gebärmutter nur mässig zuzammengezogen, das Kind noch beweglich und der Muttermund geöffnet; auch dieses Verhältniss ist noch günstig; 3) das Fruchtwasser ist abgeflossen, der Muttermund noch wenig geöffnet und das Kind noch beweglich; dieses Verhältniss kann noch günstig genannt werden, wenn der Muttermund sich in gleichem Maasse mit den eintretenden Contractionen des Muttergrundes eröffnet, kann aber sehr ungünstig werden, wenn der Muttermund sich nur sehr langsam eröffnet, während die Gebärmutter sich straff um das Kind zusammenzieht; 4) das Fruchtwasser ist abgeflossen und ein Theil des vorliegenden Rumpfes durch die Wehenthätigkeit tief und fest in das Becken eingekeilt; ein ungünstiger und schwer zu beseitigender Fall, bei welchem man sorgfältig zu unterscheiden hat, ob überhaupt noch die Wendung ausführbar ist, und ob nicht vielleicht die Selbstwendung schon zu weit vorgeschritten ist; 5) das Fruchtwasser ist abgegangen und der Uterus fest und straff um das Kind zusammengezogen, wobei das Kind bald in das Becken eingepresst, bald aber auch höher stehen kann, wenn sich dabei der untere Abschnitt der Gebärmutter krampfhaft zusammengezogen hat; dieses ist der übelste Fall, besonders wenn er bis zum Tetanus uteri gesteigert ist.

§. 759.

Die Prognose bei den regelwidrigen Kindeslagen ist im Allgemeinen für die Mutter günsti-

ger als für das Kind. Wenn schon frühe die richtige Hülfe angewendet wird, so ist ausser der gewöhnlich nicht ohne Schmerz auszuführenden Lagenverbesserung keine Gefahr für die Mutter vorhanden, es müsste dann die Unthätigkeit der Gebärmutter nach der Ausschliessung des Kindes Blutfluss herbeiführen. Uebler ist die Prognose für die Mutter, wenn die Hülfe verspätet worden ist, wo nicht allein die Anwendung der letzteren für die Mutter höchst angreifend und gefährlich ist, sondern bei längerer Verzögerung dieselbe auch an allgemeiner Erschöpfung oder Ruptur oder Gangrän des Uterus sterben kann. Für das Kind ist selbst im günstigsten Falle Gefahr vorhanden, da bei dem Wassersprunge das Fruchtwasser gänzlich abfliesst, der Körper des Kindes dem Drucke des Uterus mehr ausgesetzt wird, die Möglichkeit einer unvollkommenen Respiration im Uterus vorhanden ist und die zu leistende Hülfe schon für sich dem Kinde gefährlich wird: in ungünstigeren Fällen, bei heftigem Pressen des Kindes auf das Becken nach Abfluss des Fruchtwassers, verliert dasselbe sein Leben, ehe noch ein Hülfsversuch gemacht wurde.

§. 760.

In manchen Fällen verbessert die Natur die regelwidrigen Kindeslagen durch eigene Thätigkeit, jedoch auf sehr verschiedene Weise, welche man sämmtlich mit der Benennung Selbstwendung bezeichnet. Wegen der Verschiedenheit der Vorgänge, welche man unter dieser Benennung begreift, ist es nöthig, drei verschiedene Arten der Selbstwendung zu unterscheiden.

§. 761.

a) Die erste Art der Selbstwendung findet in den beiden ersten Geburtsperioden vor Abfluss des Fruchtwassers statt, und scheint dann besonders einzutreten, wenn übele Lage oder Form des Fruchthälters, Laxität der Faser oder zu viel Fruchtwasser die Ursache der übelen Lage war, und nun in einer zweckmässigen Lage der Kreissenden eine langsam sich entwickelnde, aber regelmässige Thätigkeit der Gebärmutter eintritt, welche die regelwidrige Lage des Kindes in eine regelmässige verwandelt, so dass noch vor dem Wassersprunge der Kopf, über dem Becken hochstehend, erkannt wird. Das Leben des Kindes wird in der Regel bei dieser Art der Selbstwendung erhalten.

§. 762.

b) Die zweite Art der Selbstwendung tritt nach dem Abgange des Fruchtwassers ein, und hat das Eigenthümliche, dass der regelwidrig vorliegende Theil zurückgezogen wird und statt desselben ein anderer regelmässiger auf dem Becken erscheint. Diese Art der Selbstwendung bringt häufiger den Kopf, seltener den Steiss, voran, und kann auch eine vorher regelmässige Kindeslage in eine regelwidrige verwandeln. Sie erfolgt wahrscheinlich nur dann, wenn die regelwidrige Kindeslage bei Unthätigkeit des Fruchthälters oder bei übler Configuration desselben statt hatte, wo das Streben dieses Organs seine regelmässige Form anzunehmen, und die eintretende Thätigkeit desselben die Lagenverbesserung des Kindes bewirkt. Das Kind ist gewöhnlich todt, doch ist es nicht unwahrscheinlich, dass

auch in einzelnen Fällen das Leben desselben erhalten werden kann.

§. 763.

c) Die dritte Art der Selbstwendung, die Selbstentwickelung, hat das Eigenthümliche, dass sie nur nach abgeflossenem Fruchtwasser und eingetretenem Tode des Kindes vorkommt und so vor sich geht, dass der vorliegende Theil sich nicht zurückzieht, sondern das ganze Kind doppelt zusammengebogen wird. Sie kann nur eintreten in der ersten und zweiten Art der Seitenbrust- und Schulterlagen und setzt entweder ein günstiges Verhältniss zwischen dem Kinde und dem Becken, oder grosse Nachgiebigkeit des Kindes durch den Tod voraus. Durch die Kraft der Wehen wird die vorliegende Schulter fest hinter der Schambeinfuge angestemmt und steigt so tief herunter, bis das Acromion äusserlich sichtbar wird, der Thorax kommt tiefer in das Becken herab und endlich entwickelt sich, an der hinteren Wand des Beckens heruntersteigend, der Thorax, der Bauch, der Steiss und die unteren Extremitäten über den Damm, worauf der noch zurückgebliebene Kopf und Arm leicht nachfolgt. Seltener entwickelt sich der Thorax statt mit der Seite, mit dem Rücken voraus.

Vergl. No. 334. S. 54. — 848. B. III. S. 44. — 868. — 1079. Bd. I. S. 288. — 1104. Bd. I. — 1432. B. I. S. 202. — 1613. — 1836. B. XV. H. 3. p. 448. — 2060. — 2465. B. III. H. 1. S. 91. B. IV. H. 1. S. 103. —

§. 764.

Die Behandlung bei regelwidrigen Kindeslagen ist theils prophylactisch, theils operativ, theils

besteht sie in der Benutzung der Selbstwendung. Die prophylactische Behandlung tritt während der Schwangerschaft ein, wenn man schon einige Zeit vor der Geburt die regelwidrige Lage erkannt hat. Das allgemeinste Mittel ist während der Nacht eine beständige Lage anzunehmen, welche dazu dienen kann, die Lage der Frucht zu regeln. Bei übler Conformation des Uterus lässt man von Zeit zu Zeit ein lauwarmes Bad nehmen und ölige Einreibungen auf den Bauch machen. Bei Laxität des Uterus und grosser Menge des Fruchtwassers sind geistige Einreibungen vorzuziehen, und bei dem Hängebauch eine angemessene, breite, nicht drückende Bauchbinde zu tragen.

§. 765.

Vom Anfange der Geburt an lässt man die Kreissende eine ruhige Lage auf der, der höchsten Hervorragung des Uterus entgegengesetzten Seite einnehmen, lässt die Wehen nicht verarbeiten und vermeidet Alles, was einen frühen Wassersprung veranlassen könnte; man macht von Zeit zu Zeit sanfte vorsichtige Frictionen des Muttergrundes, und wenn über dem Schambeine der Seite, auf welcher die Kreissende liegt, der Kopf des Kindes von Aussen gefühlt würde, so kann man auch wohl durch vorsichtiges Erheben desselben mit der Hand oder Unterlegen eines kleinen Polsters die Verbesserung der regelwidrigen Kindeslage zu unterstützen suchen; doch muss dieses mit grosser Vorsicht geschehen, dass dadurch der Wassersprung nicht frühzeitig bewirkt wird. — Zuweilen erfolgt bei diesem Verfahren die Selbstwendung erster Art, und der Kopf oder der Steiss erscheint über dem Becken: dann muss sogleich der Wassersprung künstlich bewirkt werden,

um den vorliegenden Theil über dem Becken zu fixiren. Niemals darf aber das Abwarten der Selbstwendung erster Art über das Ende der zweiten Geburtsperiode hinaus versucht werden.

§. 766.

Ist nun der Muttermund vollkommen erweicht, erweitert und verstrichen, wobei jedoch ein kleiner Wulst an der vordern Lippe häufig zurückbleibt, und ist die Blase gespannt und springfertig, so säumt man nun nicht länger und regelt die Lage des Kindes durch Ausführung der Wendung. Länger noch zu warten bis das letzte Wulstige vor dem Muttermunde verstrichen ist, ist nur dann rathsam, wenn die Blase noch wenig gespannt und die Eihäute derb sind, so dass man den Wassersprung noch nicht zu fürchten hat, welcher hier immer ein unangenehmes Ereigniss ist. Die Wendung wird in diesem Falle nur als Lageverbesserungsact ausgeführt und die Ausschliessung des Kindes der Wehenthätigkeit überlassen, wenn nicht besondere Anzeigen vorhanden sind, welche die Beschleunigung der Geburt durch Extraction gebieten. Welche Art der Wendung, auf den Kopf, auf den Steiss, oder auf die Füsse, vorgenommen werden muss, ergiebt sich aus den speciellen Anzeigen für jede dieser Operationsmethoden.

§. 767.

Ein neuer Vorschlag, die regelwidrigen Kindeslagen ohne Wendung zu verbessern, ist der von Ritgen, während der Geburt mittelst des Sauginstrumentes das Fruchtwasser allmählig und in kleinen Portionen wegzunehmen, um durch diese allmählige Verkleinerung

der Gebärmutterhöhle die Rechtstellung der Frucht zu bewirken. Abgesehen davon, dass wohl in vielen Fällen die Verletzung der Eihäute den allgemeinen Wassersprung veranlassen würde, widerspricht der Ausführung besonders der Umstand, dass wenn in einzelnen Fällen, welche wahrscheinlich nicht selten vorkommen dürften, die Lagenverbesserung des Kindes dadurch nicht erfolgte, die Ausführung der Operation der Wendung wegen der Entziehung des Fruchtwassers und der allmähligen Verkleinerung der Gebärmutterhöhle zu den schwierigsten Fällen dieser Art zu rechnen seyn würde.

Vergl. No. 2465. B. III. H. 1. S. 54.

§. 768.

Wenn das Fruchtwasser vor der Erweiterung des Muttermundes schleichend abgegangen ist, so darf die Wendung nicht sogleich und vermittelst künstlicher Erweiterung des Muttermunds vorgenommen, sondern es muss erst die gehörige Entwickelung des Muttermundes abgewartet werden. Bis zur vollkommenen Verstreichung der vorderen Muttermundslippe darf man jedoch auch nicht warten, da dieselbe selten einzutreten pflegt, oder wenn sie erfolgt, unterdessen die Thätigkeit des oberen Abschnittes des Fruchthälters bereits zu gross geworden ist und die Wendung durch bedeutende Verkleinerung der Gebärmutterhöhle und tieferes Herabtreiben des Kindes in das Becken sehr erschwert.

§. 769.

Bei üblen Kindeslagen und versäumten Wendungsfällen hat man, wenn der Uterus fest um die Frucht zusammengezogen ist, vor der Wendung erst Mittel anzuwenden, um denselben zu erschlaffen (§. 449). —

Die Selbstwendung zweiter Art kann man, wenn sie eintritt, nur benutzen, niemals aber vorausbestimmen, oder eine geburtshülfliche Anzeige darauf gründen. Die Selbstwendung dritter Art, die Selbstentwickelung, kann man jedoch in manchen Fällen, wo bei der ersten oder zweiten Schulterlage der Thorax des Kindes tief in das Becken eingekeilt ist, erwarten, während sie in der dritten und vierten Schulterlage niemals eintritt. Doch muss man in der Erwartung derselben die grösste Vorsicht anwenden, da sie häufig nicht erfolgt, wo sie am nothwendigsten wäre, und die Operation der Wendung doch in der Regel bei vorsichtiger Ausdauer noch gelingt. In dem äussersten Falle dieser Art, wenn die Wendung, was jedoch nicht leicht vorkommen wird, gar nicht auszuführen ist, tritt dann die Anzeige der Embryotomie ein. — Unzeitige Kinder können in jeder regelwidrigen Lage eintreten und durch das Beckeu gehen.

Vergl. No. 334. — 1019. — 1641. — 2272. — 2382. — 2387. — 2465. B. II. H. 2. S. 277. B. III. H. 1. S. 1. H. 3. S. 576.

Drittes Kapitel.

Von den organischen krankhaften Zuständen der Theile des Eies.

I. Regelwidrige Beschaffenheit der Eihäute.

1. Zu dünne Eihäute.

§. 770.

Wenn die Eihäute zu dünn sind und daher zu leicht zerreissen, so erfolgt in der Regel der Wassersprung nicht zur rechten Zeit, sondern die Ruptur der Eihäute tritt schon vor dem Anfange der Geburt oder in der ersten Geburtsperiode ein, und das Fruchtwasser geht bald mehr in Menge, bald mehr schleichend ab. Grosse Menge des Fruchtwassers begünstigt noch den frühen Wassersprung.

§. 771.

Der Einfluss dieses Vorganges auf die Geburt ist bei Mehrgebärenden und geringer Empfindlichkeit, so wie bei richtiger Lage des Kindes von geringer Bedeutung und kann kaum die Schmerzhaftigkeit der zweiten Geburtsperiode etwas vermehren: durchaus ungegründet ist aber die Annahme, dass dadurch die Scheide in der dritten und vierten Periode trocken gefunden werde. Bei Erstgebärenden hingegen und bei sehr empfindlichen Kreissenden wird die zweite Geburtsperiode dadurch sehr verlängert und schmerzhaft, die vordere Lippe des Muttermundes schwillt an, es entstehen krampfhafte Wehen, und besonders Krampf des Muttermundes und der Scheide, Verzögerung der

Geburt, und endlich Gefahr für das Leben des Kindes wegen des zu lange auf dasselbe wirkenden Druckes. Bei hochstehendem Kopfe kann Vorfall einer Hand oder der Nabelschnur neben demselben, so wie auch Uebergang in eine regelwidrige Lage der Frucht veranlasst werden.

§. 772.

Rücksichtlich der Behandlung hat man zuerst die geburtshülfliche Untersuchung vorzunehmen, um die Beschaffenheit des vorliegenden Theiles kennen zu lernen. Nächstdem räth man Ruhe und Vermeidung des Verarbeitens der Wehen in den beiden ersten Geburtsperioden an, und behandelt die etwa entstehenden krampfhaften und anderweitigen Affectionen des Uterus und der Scheide nach den Regeln: besonders nützen hier bei krampfiger Beschaffenheit des Muttermundes und der Scheide warme ölige Injectionen und das Vorlegen des in ein warmes besänftigendes Decoct getauchten Schwammes vor den Scheideneingang. Lässt die längere Verzögerung der Geburt in der dritten und vierten Geburtsperiode Gefahr für das Leben des Kindes besorgen, so beendigt man dieselbe durch die Kunst.

2. Regelwidrige Festigkeit der Eihäute.

§. 773.

Wenn die Eihäute regelwidrig zu fest sind, wobei sie derb und ungleich anzufühlen gefunden werden, so hat dieses in der ersten und zweiten Geburtsperiode keinen Nachtheil, wenn nur hinreichendes Fruchtwasser vor dem Kopfe der Frucht befindlich ist, um den Muttermund allmählig zu eröffnen: wenn aber die

Blase mit sehr wenigem Fruchtwasser vor dem Kopfe glatt an dem letzteren anliegt, so wird dadurch die Erweiterung des Muttermundes sehr erschwert und verzögert. Der grösste Nachtheil tritt erst dann ein, wenn die Entwickelung des Muttermundes das Ende der zweiten Geburtsperiode erreicht hat, und nun wegen der Festigkeit der Eihäute der Wassersprung nicht erfolgen kann: die Blase tritt tief in die Scheide bis zu dem Eingange derselben herab, die Geburt zögert, es erfolgt durch Zug an der Placenta theilweise Lostrennung derselben und Blutfluss, oder bei endlich eintretendem Herabtreten des Kopfes, die Geburt des Kindes mit der Glückshaube (*caput galeatum*), oder bei gleichzeitig zu schneller Geburt wird das Kind in den unzerrissenen Eihäuten sammt der Placenta ausgestossen, wobei Blutfluss, Umstülpung der Gebärmutter u. s. w. eintreten können.

§. 774.

Wenn bereits die Folgen der zu grossen Festigkeit der Eihäute durch Blutfluss u. s. w. eingetreten sind, so hat man sofort den künstlichen Wassersprung zu veranstalten. So lange aber noch keine Folgen bemerkt werden, hat man sehr sorgfältig zu untersuchen, ob der Muttermund sich gehörig entwickelt und erweitert hat, und sobald man dieses findet, besorgt man auf gleiche Weise den Wassersprung: wenn aber der Muttermund noch nicht gehörig erweitert ist, so vermeidet man den künstlichen Wassersprung, so lange keine besondere Anzeige desselben eintritt.

3. Regelwidrige Befestigung der Eihäute.

§. 775.

Wenn durch abnorme Entwickelung einzelner Stellen des Chorions oder der hinfälligen Haut das Ei fester mit dem Uterus verbunden ist, als dieses nach der Regel bei dem Anfange der Geburt stattfinden darf, so bringen die Wehen an den betreffenden Stellen Schmerz hervor, sind unwirksam und werden endlich krampfhaft, wenn nicht die zeitige Lösung der regelwidrigen Befestigung unter etwas stärkerem Zeichnen, als gewöhnlich, erfolgt. Man verbietet das Verarbeiten der Wehen, regelt etwaige Abweichungen der letzteren sorgfältig, reibt bei lebhaftem Schmerze erwärmtes Hyoscyamusöl in den Unterleib ein, und vermeidet den zu frühen Wassersprung möglichst. Bei einiger Verlängerung der zweiten Geburtsperiode hebt sich die regelwidrige Befestigung bald.

II. Regelwidrige Beschaffenheit der Nabelschnur.

1. Mangel der Nabelschnur.

§. 776.

Wenn die Nabelschnur in seltenen Fällen fehlt, und die Placenta mehr oder minder fest auf dem Bauche des Kindes aufsitzt, wobei in der Regel auch Missbildungen desselben beobachtet werden, so erreicht die Schwangerschaft nicht ihr regelmässiges Ende, sondern die Placenta wird von der Gebärmutter abgelöst und die Geburt erfolgt, sobald die Bewegungen des Kindes anfangen lebhafter zu werden.

2. Kürze der Nabelschnur.

§. 777.

Die Verkürzung der Nabelschnur bis zu 10—12 Zollen hat nicht leicht übele Folgen bei der Geburt, als dass wohl zuweilen die Placenta theilweise, jedoch erst bei dem Austritt der Frucht, gelöst wird. Wenn aber die Nabelschnur in seltenen Fällen zu drei bis sechs Zoll verkürzt ist, so wird das Vorrücken des Kindes bei der Geburt erschwert, ohne dass jedoch die Ursache mit Bestimmtheit auszumitteln ist, und es erfolgt Lösung der Placenta oder Zerreissung der Nabelschnur. Ist man im Stande, den Fall zu erkennen, so muss die Nabelschnur durchgeschnitten und die Geburt künstlich beschleunigt, oder wo das erstere nicht angehet, bei längerer Zögerung die Geburt überhaupt künstlich beendigt werden.

3. Zu grosse Länge der Nabelschnur.

§. 778.

Die zu grosse Länge der Nabelschnur bis zu 25 oder 30 Zoll kommt öfters vor; in seltenen Fällen steigt dieselbe jedoch bis zu 50—60 Zoll. Ihr Einfluss auf die Geburt besteht darin, dass sie Veranlassung zu Umschlingungen (§. 779.) und zu Vorfall der Nabelschnur (§. 783.) giebt.

4. Umschlingung der Nabelschnur.

§. 779.

Die Umschlingung der Nabelschnur kommt häufig vor, findet gewöhnlich um den Hals des Kindes statt, und wird zuweilen zwei - bis dreifach gefunden; aus-

serdem kommt sie um die Arme, den Rumpf und zwischen den Schenkeln durch, so dass die Frucht darauf reitet, vor. Zu lange Nabelschnur und zu grosse Menge des Fruchtwassers, mit grosser Beweglichkeit des Kindes, begünstigen die Umschlingung. Vor der Geburt kann man sie nicht erkennen, wenn man nicht bei weiterem Vorrücken des Kindes einen dauernden zerrenden Schmerz an einer bestimmten Stelle des Uterus und Blutfluss als Zeichen dafür gelten lassen will.

§. 780.

Der Einfluss der Umschlingung der Nabelschnur auf die Geburt wird gemeiniglich viel zu hoch angeschlagen, wenn man dieselbe in allen Fällen als die Geburt verzögernd und dem Kinde Gefahr drohend annimmt. In den meisten Fällen findet man die Nabelschnur so locker umschlungen, dass offenbar dadurch kein Geburtshinderniss entstehen kann, und die in der Regel lebendig und gesund geborenen Kinder zeugen für die Unschädlichkeit dieses Vorganges für die letzteren. Nur in seltenen Fällen ist die Umschlingung um den Hals fest, so dass sie einen Eindruck und Strangulation bewirkt, und alsdann veranlasst sie ausser der Lebensgefahr für das Kind die nämlichen Folgen, welche die zu kurze Nabelschnur hatte, langsameres Fortrücken des Kindes, vorzeitige Lösung der Placenta und Blutfluss, und, jedoch nur sehr selten, Zerreissung der Nabelschnur. Grössere Schwierigkeiten und besonders übele Folgen für das Leben des Kindes können entstehen, wenn die Nabelschnüre von Zwillingen bei dem Mangel der Scheidewand des Eies zopfartig mit einander verschlungen sind.

Vergl. No. 939d. 1824. H. 1. — 1552. B. I. H. 1. — 1836. B. XIX. H. 1.

§. 781.

Die Behandlung der Umschlingung der Nabelschnur tritt erst ein, wenn der umschlungene Kindestheil sich ausserhalb der Geschlechtstheile befindet, die seltenen Fälle, in welchen man bei einer Wendung dieselbe innerhalb des Uterus beseitigen kann, ausgenommen. Wenn nach dem Austritte des Kopfes die Nabelschnur um den Hals geschlungen gefunden wird, so rathen Manche die Schlinge nach vorn über den Kopf abzustreifen: dieses wird aber nicht leicht einmal ausgeführt werden können. Rathsamer ist es bei loser Umschlingung, dieselbe durch Unterschieben der Finger so zu öffnen, dass bei dem Austritte des Rumpfes die Schlinge über die Schultern nach hinten gleiten kann. Ist aber die Spannung der umschlungenen Nabelschnur zu gross, so führt man ein Blatt der Nabelschnurscheere vorsichtig unter dieselbe und schneidet sie durch, worauf man die beiden Enden der Nabelschnur durch einen Gehülfen bis zum völligen Austritte des Kindes, welcher bei längerer Zögerung zu beschleunigen ist, zusammendrücken lässt, da man jetzt selten mit Bestimmtheit das kindliche Ende erkennen kann. — Wenn bei der Fussgeburt das Kind auf der Nabelschnur reitet, so wird nach dem Austritte der Hüften der nach dem Kreuzbeine liegende Schenkel im Kniee gebogen, und nach hinreichendem Hervorziehen des mütterlichen Endes der Nabelschnur, die letztere über den Schenkel frei gemacht.

Vergl. No. 34. — 456. — 668. —

5. Knoten der Nabelschnur.

§. 782.

Die Knoten der Nabelschnur sind entweder Sulzknoten, oder Gefässknoten, Puls- oder Blutaderknoten, oder wahre Knoten, Verschlingungen der Nabelschnur. Nur die letzteren kommen bei der Geburt in Betracht; doch können auch sie nur, ausgenommen bei der Wendung, erst nach dem Austritte der Frucht entdeckt werden. Der Einfluss derselben ist ohne Nachtheil, wenn, wie man es gewöhnlich findet, der Knoten nur lose geschlungen und nicht fest zugezogen ist: nur in dem letzten Falle entsteht Lebensgefahr für das Kind. Die Behandlung beschränkt sich darauf, das feste Zuziehen der Knoten bei dem Austritte des Kindes zu verhüten, indem man sehr sorgfältig jede Zerrung der Nabelschnur vermeidet. Wenn bei Umschlingung der Nabelschnur um den Hals ausserdem noch ein Knoten gefunden wird, so schneidet man nach dem Austritt des Kopfes die Nabelschnur in dem Knoten durch.

6. Vorfall der Nabelschnur.

§. 783.

Der Vorfall der Nabelschnur vor dem vorliegenden Kindestheil, am häufigsten vor dem Kopfe, aber auch vor dem Steisse und bei der Bauchlage, findet entweder schon vor dem Wassersprunge statt, so dass man die Nabelschnur bereits durch die Eihäute deutlich erkennen kann, oder die Nabelschnur fällt erst nach dem Wassersprunge vor, wobei entweder nur eine kleine Schlinge oder ein bedeutender Theil derselben vorfällt und im ersteren Falle noch innerhalb der Mutterscheide bleibt, im letzten Falle aber sich

aus der Scheide hervordrängt. Als Ursachen kann die zu grosse Länge der Nabelschnur bei grosser Menge des Fruchtwassers und hochstehendem vorliegendem Theile angesehen werden: doch findet man auch zuweilen den Vorfall der Nabelschnur, ohne eine Ursache entdecken zu können. Der Vorfall der Nabelschnur verursacht den Tod des Kindes durch den Druck zwischen dem Becken und dem vorliegenden Kindestheile, und die Einwirkung der kälteren Luft. — Die Erkenntniss des Vorfalles der Nabelschnur ist ohne Schwierigkeit, besonders wenn der Pulsschlag derselben noch bemerkbar ist.

§. 784.

Bei der Behandlung hat man zuerst zu unterscheiden, ob die Nabelschnur noch pulsirt oder nicht: in dem letzten Falle hat man im Anfange der Geburt nichts weiter zu wahren, da das Kind entweder schon todt oder wenigstens nicht mehr zu retten ist; nur wenn der Kopf schon tief im Becken stehet und der Muttermund weit geöffnet ist, beendigt man doch die Geburt mit der Zange, da man möglicher Weise das Kind wohl noch am Leben erhalten kann. Wenn aber die Nabelschnur noch pulsirt, so unterscheidet man, ob die Wasser noch stehen oder nicht. Ist die Blase noch unverletzt, so sucht man durch eine horizontale Rückenlage und Unterlassen des Verarbeitens der Wehen den Wassersprung zu verzögern, bis der Muttermund vollkommen geöffnet ist; bis dahin pflegt die Nabelschnur vom Drucke nicht zu leiden. Sobald der Wassersprung erfolgt, führt man durch zwei beölte Finger den vorgefallenen Theil der Nabelschnur hinter den Kopf und lässt die Finger liegen, bis der letztere durch die We-

hen vorrückt, in die Krönung tritt und den Muttermund verschliesst; alsdann überlässt man die Beendigung der Geburt der Wehenthätigkeit.

§. 785.

Wenn aber der vorgefallene Nabelschnurtheil sich nicht hinter dem Kopfe zurückhalten lässt, sondern vielmehr stärker vorfällt, so stehe man von den ferneren Versuchen ab, indem diese so wenig, als der in den Muttermund geführte Schwamm, oder die von Bozzini, Löffler, Wallbaum, v. Eckardt, Guillon und Ducamp empfohlenen Schlingen und Vorrichtungen den Vorfall zurückzuhalten vermögen. Man kann sich in diesem Falle nur begnügen, den vorgefallenen Theil der Nabelschnur in die Mutterscheide zurückzuführen, den Scheideneingang mit einem beölten Schwamme sorgfältig zu schliessen, und so den Zutritt der Luft abzuhalten, bis der Muttermund so weit erweitert ist, dass man die Geburt durch die Zange oder Wendung, nach der Lage der Frucht, beendigen kann. War der Vorfall an der hinteren Wand des Beckens zur Seite des Promontoriums herabgestiegen, so wird die Nabelschnur wenig Druck erleiden und das Leben des Kindes erhalten werden, während dasselbe bei dem Vorfalle an der vorderen Wand des Beckens gewöhnlich stirbt.

Vergl. No. 34. — 665. — 1830. —

7. Zerreissung der Nabelschnur.

§. 786.

Wenn während der Geburt die zu kurze oder umschlungene Nabelschnur bei dem Vorrücken des Kindes oder durch unvorsichtiges Anziehen desselben zerrissen

wird, so entsteht ein Blutfluss, welcher den Vorgang weniger bestimmt erkennen lässt, als wenn ein abgerissenes Ende der Nabelschnur neben dem vorliegenden Kindestheile zum Vorschein kommt. Man unterbindet sogleich dasselbe und beschleunigt die Entbindung durch die Kunst: demungeachtet ist der Ausgang für das Kind sehr leicht tödtlich.

Vergl. No. 34.

III. Von dem regelwidrigen Verhalten der Placenta.

A. Von dem regelwidrigen Verhalten der Placenta vor der Ausschliessung des Kindes.

1. Theilweise Lösung der Placenta während der Geburt.

§. 787.

Die Placenta kann in der ersten und zweiten Geburtsperiode, durch zu lockere Befestigung oder vorzeitige Abwelkung derselben, äussere Gewalt, zu feste Eihäute, zu kurze oder umschlungene Nabelschnur, zu lebhafte Wehenthätigkeit und stürmisches Verarbeiten der Wehen theilweise von der Gebärmutterwandung getrennt werden, und es entsteht dadurch ein mehr oder weniger starker Blutfluss.

§. 788.

Man lässt alsdann die Kreissende eine horizontale Lage annehmen und die Wehen nicht verarbeiten; innerlich giebt man Hallers saures Elixir, nach den Umständen in Verbindung mit Opium, oder bei schlaffer, schwammiger Constitution in Verbindung mit der Ratanhiatinctur und Zimmttinctur. Bei stärkerem Blutflusse tamponirt

man die Mutterscheide mit Charpie, und wenn demungeachtet der Blutfluss fortdauert, so bewirkt man den Wassersprung, um durch das Eintreten des vorliegenden Kindestheils in den Muttermund und durch das Verschliessen der blutenden Gefässmündungen mittelst der Zusammenziehung der Gebärmutter demselben Grenzen zu setzen. Wenn zu feste und tief in die Scheide herabtretende Blase die Ursache des Blutflusses war, so nimmt man zuerst den Wassersprung vor, und bei fortdauerndem bedeutenden Blutflusse bewirkt man die Entbindung durch die Kunst, welches jedoch nicht leicht nothwendig wird.

Vergl. No. 2311. —

2. Sitz der Placenta auf dem Mutterhalse (*Placenta praevia*).

§. 789.

Wenn die Placenta, statt an ihrer gewöhnlichen Stelle, auf dem Mutterhalse befestigt ist, so kann dieses auf dreifache Weise vorkommen. 1) Die Placenta sitzt entweder nämlich so an der vorderen Wand, zuweilen auch an einer Seitenwand, des Mutterkörpers und Mutterhalses, dass der Rand derselben bis zu dem Muttermunde reicht, oder 2) ein Theil derselben ragt noch über den Muttermund weg, oder 3) sie ist centrisch auf dem inneren Muttermunde befestigt, welches, obgleich von Manchen geleugnet, doch zuweilen beobachtet wird. — Die Ursachen dieses regelwidrigen Sitzes der Placenta, welcher bei Erstgebärenden und bei Mehrgebärenden vorkommt, sind nicht mit Bestimmtheit anzugeben, doch ist eine, der Stelle nach, abnorm

hervortretende Bildungsthätigkeit des Uterus als wahrscheinliche Ursache anzunehmen.

§. 790.

Der Einfluss des regelwidrigen Sitzes der Placenta ist dem angegebenen Grade nach verschieden. Im ersten Grade zeigen sich wohl in den beiden ersten Geburtsperioden Blutflüsse, welche jedoch selten bedeutend werden; bei vorrückendem Kopfe und nach dem Wassersprunge lassen sie nach, und werden erst wieder Gegenstand der Aufmerksamkeit, wenn sie nach der Ausscheidung des Kindes und der Placenta aus Mangel an Contractilität dieses Theiles der Gebärmutter von Neuem eintreten und fortdauern. — In dem zweiten Grade treten zuweilen schon von dem siebenten Monate an leichte vorübergehende Blutflüsse ein, wenn die Entwickelung des Mutterhalses theilweise Trennung der Placenta veranlasst. Gewöhnlich erfolgt aber die theilweise Lösung der Placenta in diesem Falle in den beiden ersten Geburtsperioden und veranlasst Blutflüsse, welche zuweilen sehr bedeutend, zuweilen auch mässig und unterbrochen sind. Im günstigeren Falle kann dann wohl zuweilen noch die Geburt durch die Kräfte der Natur ohne Nachtheil für die Mutter und das Kind beendigt werden; doch erfordert sie gemeiniglich die Hülfe der Kunst.

§. 791.

Im dritten Grade erfolgen gewöhnlich schon vom siebenten Schwangerschaftsmonate an periodische Blutflüsse, welche, wenn sie bedeutend sind, Frühgeburt bewirken können: doch findet man auch wohl bis zum Eintritte der Geburt keinen Blutabgang. Wenn aber

durch die bei dem Eintritte der Wehen erfolgende Eröffnung des Muttermundes theilweise Lösung der Placenta bedingt wird, so ist ein gewöhnlich bedeutender Blutfluss unvermeidlich, die Wehen bleiben unwirksam, die Geburt verzögert sich, und die Kräfte der Kreissenden sinken, während die Haut- und Gesichtsfarbe bleich und der Puls immer schwächer wird, und endlich Ohnmachten eintreten. Bei längerer Dauer dieses Blutflusses, welcher zuweilen drei bis sieben Tage anhalten kann, verliert das Blut seine Gerinnbarkeit und wird blass, bräunlich und corrodirend; auch tritt alsdann zuweilen Bluthusten ein. Zuweilen löst sich die Placenta mehr auf einer Seite und tritt auf die andere mehr zurück, so dass der vorliegende Kindestheil vortreten kann; in anderen Fällen wird die Placenta ganz gelöst und tritt vor der Frucht in die Scheide herab. — Zuweilen ist gleichzeitig regelwidrige Kindeslage vorhanden; doch findet sich dieses durchaus nicht so häufig, wie es früher angenommen wurde. — Ein bedeutender Eindruck auf das Nervensystem, welcher sich durch Herabstimmung der Thätigkeit desselben äussert, ist, abgesehen von den Folgen des Blutverlustes, von Anfang der Geburt an, zu bemerken.

§. 792.

Die Prognose ist nach dem Grade verschieden. In dem ersten Grade ist dieselbe im Allgemeinen und bei richtiger Erkenntniss des Falles, günstig; in dem zweiten Grade ist sie ungünstiger, doch werden bei sorgfältiger Behandlung noch viele Mütter und Kinder gerettet. In dem dritten Grade ist die Prognose im Allgemeinen ungünstig für Mutter und Kind: doch kann bei einer guten Constitution auch dieser Fall noch

glücklich beendigt werden, wenn vor einiger Erweiterung des Muttermundes die Blutung nicht schon zu bedeutend gewesen ist. Je weniger Blut verloren gegangen ist, bis die Hülfe der Kunst angewendet werden kann, und je mehr der Muttermund dabei erweitert ist, desto günstiger für Mutter und Kind ist die Prognose.

§. 793.

Verdacht des Sitzes der Placenta auf dem Mutterhalse ergiebt sich schon aus den periodischen Blutflüssen nach dem siebenten Monate und im Anfange der Geburt bei jeder Wehe. Erkannt wird derselbe leicht nach Eröffnung des Muttermundes durch die eigenthümliche schwammige Substanz der Placenta und die Unmöglichkeit oder Schwierigkeit einen vorliegenden Kindestheil zu unterscheiden: auch selbst vor Eröffnung des Muttermundes lässt das Gefühl bei sorgfältiger Untersuchung des unteren Gebärmutterabschnittes keinen Zweifel. Wenn man, nachdem der Blutfluss einige Zeit gedauert hat, untersucht, so findet man die Scheide mit geronnenem Blute angefüllt, so dass man nur mit Mühe den Muttermund unterscheiden kann.

§. 794.

Die Behandlung während der Schwangerschaft besteht in ruhigem Verhalten und bei eintretendem Blutflusse in horizontaler Lage, antiphlogistischer Diät und innerlichem Gebrauche des Haller'schen Elixirs, bei erhöheter Sensibilität in Verbindung mit Opium: bei plethorischer Constitution ist der Salpeter und zuweilen das Aderlass am Arme angezeigt. Bei stärkerem Blutflusse tamponirt man die Mutterscheide bis zu dem Muttermunde, und wenn Erscheinungen der dro-

henden Frühgeburt eintreten, so sucht man den Blutfluss nur so lange zu mässigen, bis einige Eröffnung des Muttermundes die Ausführung des Accouchement forcé begünstigt, welches alsdann als letztes Rettungsmittel seine Anzeige findet.

§. 795.

Die Behandlung bei dem Anfange der Geburt geht vorzüglich dahin, dem Blutflusse Grenzen zu setzen, bis der Muttermund sich so weit geöffnet hat, dass die Kunsthülfe in Anwendung gebracht werden kann. Ruhiges Verhalten in horizontaler Lage, Vermeiden des Verarbeitens der Wehen, Mineralsäuren oder bei laxer Constitution Ratanhia- und Zimmttinctur innerlich, und sorgfältiges Tamponiren der Scheide bis zu dem Muttermunde mittelst in Essig getauchter Charpie ist daher anzuwenden, und bei excentrischem Sitze der Placenta wird nicht allein häufig der Blutfluss dadurch so lange gemässigt oder ganz gestillt, bis der Muttermund sich einiger Maassen geöffnet hat, sondern zuweilen kann auch noch die Geburt mit Erhaltung der Mutter und des Kindes durch die Natur beendigt werden.

Man hat verschiedene Arten, den Tampon anzuwenden: 1) der Charpiepfropf; man macht von Charpie eine mässig grosse Kugel, welche ohne Schwierigkeit in die Mutterscheide eingeführt werden kann, umwindet dieselbe einigemal mit Bindfaden, und befestigt daran einen Bindfaden von 10—12 Zoll Länge; diese Kugel führt man mit Oel, oder auch mit Essig befeuchtet in die Mutterscheide bis vor den Muttermund, so dass der Faden aus den Geschlechtstheilen heraushängt; hinter der Kugel stopft man die ganze Mutterscheide sorgfältig mit loser Charpie aus; dieses ist die beste Methode; 2) der

Leinenpropf; es wird ein Stückchen weiches Leinen nach der Weite der Scheide zusammengerollt und bis vor den Muttermund geführt, nachdem es mit Essig befeuchtet worden war; 3) der Schwamm; ein kleiner Schwamm, in Essig ausgedrückt, wird in die Scheide bis vor den Muttermund geführt.

§. 796.

Bei centrischem Sitze des Mutterkuchens auf dem Muttermunde wird dieses indessen niemals vorkommen; vielmehr hat man von Anfang der Geburt an sorgfältig die Menge des abgehenden Blutes, den Stand der Kräfte und die Erweiterung des Muttermundes zu beobachten, und so lange als möglich die letztere abzuwarten, ehe man die künstliche Entbindung vornimmt: denn je mehr der Muttermund erweitert ist, desto weniger eingreifend für die Mutter ist das operative Verfahren. Die künstliche Entbindung wird übrigens in der Regel durch die Wendung, selten durch die Zange bewirkt werden können, weil der vorliegende Kindestheil gewöhnlich zu hoch stehet. — Wenn indessen, wie es häufig zu geschehen pflegt, schon bei geringer Eröffnung des Muttermundes der Blutfluss bedeutend wird, so dass man mit grosser Wahrscheinlichkeit voraussehen kann, die fernere Erweiterung des Muttermundes werde denselben bis zur höchsten Lebensgefahr steigern, so ist es rathsam, das einzige Rettungsmittel, die gewaltsame Entbindung (*Accouchement forcé*) mittelst der künstlichen Erweiterung des Muttermundes, theilweiser Lösung der Placenta, Wassersprung, Wendung auf die Füsse und Extraction des Kindes bei Zeiten vorzunehmen, ehe dieselbe nutzlos, d. h. nach dem Tode des Kindes und bei Todschwäche der

Mutter, vorgenommen wird. Immer soll indessen die künstliche Entbindung vorgenommen werden, selbst wenn der Geburtshelfer erst bei grosser Schwäche der Kreissenden und nach grossem Blutverluste hinzukommt, weil durch dieselbe allein die Möglichkeit der Erhaltung der Mutter gegeben wird.

§. 797.

Die Nachbehandlung nach der künstlichen Entbindung ist besonders wichtig. Der theilweise gelöste Mutterkuchen wird völlig abgelöst und entfernt. Die innere Behandlung ist darauf einzurichten, die gesunkenen Kräfte zu heben, Contractionen der Gebärmutter hervorzurufen und den Eindruck der Operation auf das Nervensystem zu mässigen: die Naphthen, die Ratanhia- und Zimmttinctur, die Phosphorsäure, China- und Serpentariainfusum, Opiumtinctur, Castoreumtinctur, Moschus u. s. w. werden nach Maassgabe des individuellen Zustandes in kurzen Zwischenräumen gereicht, gute Fleischbrühe dabei gegeben, auch wohl Esslöffelweise guter Wein eingeflöst. Aeusserlich sind die kalten Ueberschläge über die Gebärmuttergegend, das Auflegen von Schnee oder des Sandsackes, reizende Injectionen in die Gebärmutter und nach erfolgter Contraction des Gebärmuttergrundes, sorgfältiges Tamponiren der Scheide zu empfehlen, da die Blutung aus dem Gebärmutterhalse bei der schwer erfolgenden Zusammenziehung dieses Theiles leicht noch fortdauert. Bei grosser Blutleere des Körpers ist die Transfusion des Blutes vorzunehmen.

Vergl. No. 167. B. IV. S. 428. — 275. — 299. — 867. — 924. — 1189. — 1470. — 1567. — 1589. — 1616. — 1682. — 1829. — 1897. —

1898. S. 213. — 1918. — 2121. B. I. St. 2. S. 1. — 2394. — 2414. — 2465. B. I. H. 1. S. 77. —

B. Von dem regelwidrigen Verhalten der Placenta in der fünften Geburtsperiode.

1. Feste Verbindung der Placenta mit der Gebärmutter.

§. 798.

Die Placenta wird zu fest an die Gebärmutter geheftet, wenn diese Verbindung durch ein festes Zellgewebe oder sehnige Fibern, oder Eiweissstoffähnliche körnige Substanz, oder kalkartige Ablagerung, oder knorplige oder knöcherne Concretionen bewirkt wird. Diese regelwidrigen Bildungen sind entweder mehr der Placenta oder mehr der Uteruswandung oder beiden zugleich angehörig; doch haben sie eine grosse Neigung bei der Ablösung der Placenta an der Uteruswandung zurückzubleiben: in manchen Fällen scheinen sie aus entarteten Theilen der an dieser Stelle stärker gebildeten Decidua zu bestehen. Sie sind zuweilen von ungemeiner Festigkeit und erstrecken sich seltener auf den ganzen Umfang der Placentenfläche, häufiger auf eine grössere oder kleinere Stelle derselben. In manchen Fällen ist die ganze Placenta entartet gefunden worden, wobei dieselbe bald in eine filzähnliche, bald in eine schwammartige, bald in eine häutige Substanz verwandelt worden war.

§. 799.

Die Ursache dieser Regelwidrigkeit ist immer eine krankhafte Thätigkeit des Uterus an der betreffenden

Stelle, durch chronische Entzündung, äussere Gewalt, Lösung eines Theiles der Placenta während der Schwangerschaft u. s. w. bedingt; vielleicht auch zuweilen durch eine regelwidrige Thätigkeit der Placenta oder Entzündung derselben veranlasst. — Als Erscheinungen findet man schon während der Schwangerschaft und vor der Ausschliessung des Kindes einen fixen Schmerz, welcher sich nur auf eine bestimmte Stelle beschränkt und bei äusserer Berührung vermehrt wird, und nach der Ausschliessung der Frucht Nachgeburtszögerung bei regelmässiger Wehenthätigkeit und bei Abwesenheit anderer regelwidriger Umstände, so wie Blutfluss bei eintretender theilweiser Lösung. Der Muttergrund wird dabei an seiner regelmässigen Stelle gleich über den Schambeinen gefühlt, die Placenta aber durch den innerlich untersuchenden Finger nicht erreicht.

§. 800.

Der Einfluss der zu festen Adhäsion der Placenta ist nicht selten schon bei der Geburt des Kindes bemerkbar, indem die Stelle des Placentensitzes sehr schmerzhaft wird, und die Wehenthätigkeit dadurch regelwidrig gemacht wird. In der fünften Geburtsperiode wird aber entweder Nachgeburtszögerung im Allgemeinen, oder bei theilweiser Lösung mehr oder minder bedeutender Blutfluss mit seinen Folgen, auch wohl Regelwidrigkeit und grosse Schmerzhaftigkeit der Contractionen der Gebärmutter und Einsperrung der Placenta verursacht. — Bei mässiger Festigkeit der regelwidrigen Verbindung und Abwesenheit gefahrdrohender Erscheinungen, z. B. des Blutflusses, wird nicht selten die Placenta noch durch die Kräfte der

Natur nach 8—12 Stunden gelöst, in anderen Fällen dauert der Zustand, sich selbst überlassen, mehrere Tage, ja Wochen und Monate, und dann verursacht er in der Regel Fieberanfälle, Entzündung des Uterus und des Bauchfelles, und durch den Uebergang der Placenta in Fäulniss entweder fauliges Fieber mit aashaft riechendem Athem, Schweiss, Urin, Lochien u. s. w., welche letztere zugleich sehr reichlich und wässerig sind, oder bei längerer Dauer Kachexieen, Wassersucht u. s. w. Häufig geht die Placenta indessen zwischen dem dritten und vierzehnten Tage, mehr oder minder von Fäulniss ergriffen, ab, worauf die Heftigkeit der Zufälle nachlässt: zuweilen, jedoch selten, und gewöhnlich nur bei Frühgeburten, ist selbst nach längerer Zeit noch keine Spur von Fäulniss an derselben zu bemerken; in den seltensten Fällen wird sie allmählig aufgelöst und resorbirt. Der Grad der genannten Zufälle ist nach der Constitution verschieden, und sie werden besonders heftig und lebensgefährlich bei sehr reizbaren Individuen, minder heftig, ja zuweilen kaum zu bemerken bei reizloser Constitution. Die Prognose ist daher nach dem Grade der Zufälle verschieden.

§. 801.

Die Behandlung der theilweise zu fest anhängenden Placenta wird weniger durch diesen Umstand, als vielmehr durch die Folgen der theilweisen Lösung bestimmt, und daher wie in diesem Falle eingerichtet (§. 806). Die Behandlung der allgemein zu fest adhärirenden Placenta besteht zunächst in Anordnung eines ruhigen Verhaltens in horizontaler Lage, Vermeiden des Verarbeitens der Nachwehen, Unterlassen des Zuges an der Nabelschnur, welcher nur Abreissen der letzteren

oder Vorfall der Gebärmutter veranlassen könnte; zu heftige und stürmische Nachwehen werden durch mässige Gaben narcotischer Mittel gemindert, welche mit Vorsicht angewendet werden, um keine zu bedeutende Relaxation der Gebärmutter zu bewirken; man macht von Zeit zu Zeit sanfte kreisförmige Reibungen des Muttergrundes, und bei vorhandener Schwäche des Uterus behandelt man diese nach den Regeln. So wartet man zwölf, und bei grosser Reizbarkeit vierundzwanzig Stunden ab, ob die Lösung der Placenta durch die Natur erfolgt.

§. 802.

Wenn nach Verfluss dieses Zeitraumes die Lösung nicht erfolgt ist, so muss dieselbe alsdann stets durch die Kunst bewirkt werden, mit Ausnahme des Falles, wo besondere Zufälle z. B. übergrosse Empfindlichkeit u. s. w. die Operation der Lösung gefährlicher machten, als die Folgen des Zurückbleibens der Placenta. In der Regel wird aber die künstliche Lösung ohne alle gefährlichen Folgen und Zufälle bleiben, besonders wenn man sie nicht gleich nach der Geburt des Kindes vornimmt, sondern erst die angegebene Zeit hindurch abwartet.

§. 803.

Wenn man Gründe hat, die künstliche Lösung nicht vorzunehmen, so muss die Behandlung dahin gerichtet seyn, die baldige Lösung durch die Natur zu begünstigen und den Zufällen zu begegnen. Das gewöhnlich nach vierundzwanzig Stunden eintretende Fieber ist mehr oder minder entzündlicher Natur mit gesteigerter Sensibilität des Nervensystems: ölige Emulsionen mit Mandelwasser oder Hyoscyamusextract erweisen

sich nützlich gegen dasselbe: bei örtlicher Entzündung eines Unterleibsorgans giebt man noch Calomel und setzt Blutegel an den Bauch u. s. w. Besonders nützlich und nicht zu entbehren sind aber die lauwarmen Einspritzungen in die Gebärmutter, welche man bei hoher Empfindlichkeit dieses Organs von einem Malven- und Cicutadecocte, bei grösserer Reizlosigkeit desselben von einem Chamillen- oder Serpyllumaufgusse mit einem Zusatze von Wein, macht, und alle vier bis sechs Stunden wiederholt. Bei längerer Dauer des Fiebers und Uebergang in den fauligen Zustand, wird dasselbe überhaupt wie das Kindbettfieber behandelt.

2. Nachgeburtszögerung bei theilweiser Lösung der Placenta.

§. 804.

Die theilweise Lösung der Placenta in der fünften Geburtsperiode erfolgt entweder wenn einzelne Stellen derselben regelwidrig fest an der Gebärmutterwand anhängen, oder wenn die Contractionen der Gebärmutter zu schwach sind, um die Placenta ganz zu lösen. In beiden Fällen erfolgt Nachgeburtszögerung, welche jedoch hier in der Regel von einem Blutflusse aus der Stelle des Uterus begleitet ist, an welcher sich die Placenta bereits gelöst hat. Dieser Blutfluss ist von verschiedener Stärke und Bedeutung, je nachdem die Contractionsfähigkeit des Uterus mehr oder minder stark ist.

§. 805.

Der Einfluss dieser Nachgeburtszögerung wird weniger durch das Zurückbleiben der Placenta, als vielmehr durch die daraus entstandene Blutung bestimmt. Findet keine oder nur unbedeutende Blutung dabei

statt, so sind die Verhältnisse den bereits betrachteten der allgemeinen Adhäsion gleich. Wenn aber eine Hämorrhagie vorhanden ist, wie man es gewöhnlich findet, so ist es der Grad dieser letzteren, welcher den Einfluss der Placentenzögerung bestimmt und welcher von den Folgen einer unbedeutenden Blutung bis zu den Folgen der entstandenen Blutleere des Körpers verschieden seyn kann. Der Blutfluss tritt gewöhnlich nach jeder Wehe ein, wodurch ein Theil der festsitzenden Placenta getrennt wird; doch dauert er beständig fort, wenn Atonie der Gebärmutter gleichzeitig vorhanden ist. Seine Stärke ist verschieden und er führt desto schneller Ohnmachten und die übrigen Folgen der Depletion herbei, je mehr Blut in kurzer Zeit ausgeleert wurde.

§. 806.

Bei der Behandlung dieser Art der Nachgeburtszögerung wird die Anzeige vorzüglich durch den Blutfluss bestimmt, und die Beantwortung der Frage, ob überhaupt die festsitzende Placenta zurückgelassen werden solle oder nicht, kommt hier durchaus nicht in Betracht. Im Allgemeinen gilt daher der Grundsatz, dass man zuerst versuchen soll regelmässige Contractionen der Gebärmutter zu bewirken, um dadurch den Blutfluss zu stillen und die Placenta zu lösen, ohne die künstliche Lösung anzuwenden. Bei ruhiger horizontaler Lage der Kreissenden und mit Vermeiden alles Ziehens an der Nabelschnur, behandelt man den Fall eben so, wie bei theilweiser Lösung durch vorhandene Atonie des Uterus (§. 434 ff.); wenn aber die Anwendung dieses Verfahrens fruchtlos bleibt, so zögert man mit der künstlichen Lösung und Entfernung der Nach-

geburt nicht länger, sondern nimmt dieselbe vor, sobald die Vorboten der eintretenden Ohnmacht sich zeigen; es wird häufig dadurch allein schon der Blutfluss gestillet und die Gebärmutter zu regelmässiger Contraction veranlasst; in jedem Falle hat man jedoch dadurch den Vortheil, dass man die angezeigten Mittel mit Leichtigkeit in Anwendung bringen kann.

§. 807.

Wenn man indessen erst hinzukommt, nachdem eine grosse Menge Blutes verloren gegangen ist und bereits die Erscheinungen und Folgen der Depletion eingetreten sind, so hat man zuerst zu untersuchen, ob der Blutfluss noch fortdauert oder wenigstens von Zeit zu Zeit wiederkehrt, oder ob er ganz aufgehört hat. In dem letzteren Falle lässt man die Placenta unangerührt liegen, vermeidet bei dem Mangel dringender Anzeigen die innere Untersuchung und richtet das Heilverfahren dahin, die Folgen des Blutverlustes, die Ohnmacht und Todschwäche zu heben und gleichzeitig Contractionen des Uterus hervorzurufen (§. 434). Dauert aber der Blutfluss noch fort, oder tritt von Zeit zu Zeit wieder ein, so ist es, wenn es irgend die Kräfte erlauben, vorzuziehen, die künstliche Lösung und Entfernung der Nachgeburt vorzunehmen, weil man erst dann mit Erfolg darauf rechnen kann, den Blutfluss dauernd zu stillen: man zögere alsdann nicht länger mit Versuchen anderer Mittel, sondern mache höchstens vorher eine Injection von kaltem Wasser in die Nabelschnurvene; zeigt sich aber nicht sogleich die Wirkung derselben durch kräftige Contraction des Uterus, so nehme man die Lösung und Entfernung der Placenta vor.

§. 808.

In manchen Fällen dieser Art ist es zweifelhaft, ob nicht durch den bisherigen Blutverlust der Körper bereits so geschwächt ist, dass die Operation der Lösung der Placenta ein zu bedeutender und vielleicht schnell den Tod herbeiführender Eingriff seyn wird, und ob es nicht vorzuziehen ist, unter diesen Umständen den Blutfluss durch andere Mittel zu bekämpfen. Hier muss es dem praktischen Blicke des Geburtshelfers überlassen bleiben, darüber zu entscheiden. In vielen Fällen dieser Art, wo bereits die Schwäche zu weit gekommen ist, wird es rathsamer seyn, die Placenta ruhig liegen zu lassen: wo man aber irgend noch darauf rechnen kann, dass die Operation ohne plötzliche übele Zufälle ertragen wird, ist dieselbe stets zu empfehlen. — Wenn bei der theilweisen Lösung der Placenta gleichzeitige Einsperrung derselben vorhanden ist, so wird dieselbe nach den Regeln behandelt (§. 452).

3. Trennung der Placenta und Zurückbleiben eines Theiles derselben.

§. 809.

Wenn entweder durch die Wirkung der Wehenthätigkeit, oder bei der künstlichen Lösung der Placenta, diese so in ihrer Substanz getrennt worden ist, dass ein kleinerer oder grösserer Theil derselben in dem Uterus zurückblieb, so erkennt man diesen Fall leicht, wenn man die abgegangene Placenta genau untersucht und den Mangel eines Theiles derselben bemerkt.

§. 810.

Entstehen dadurch keine auffallenden Erscheinungen, so kann man diesen Rest ohne Weiteres zurück-

lassen, und muss nur darauf bedacht seyn, durch Injectionen in die Gebärmutter in den ersten Tagen des Wochenbettes die Lösung und Entfernung desselben zu bewirken.

§. 811.

Dauert aber der Blutfluss dabei fort, und sind keine Gegenanzeigen vorhanden, so ist es vorzuziehen, durch künstliche Entfernung dieses Placentenrestes den Uterus zu entleeren und dadurch allen übelen Zufällen vorzubeugen. — Zuweilen bringt ein solcher zurückgebliebener Placentenrest, oder auch nur ein bedeutendes Blutcoagulum, sehr bedeutende Nachwehen, krampfhafte Zusammenziehungen der Gebärmutter, Einsperrung desselben und allgemeine nervöse Erscheinungen hervor: dann ist es rathsam zuerst die Behandlung des Krampfes vorausgehen zu lassen, sobald aber die Strictur einiger Maassen zugänglich geworden ist, die künstliche Entfernung vorzunehmen.

Vergl. No. 145. — 182. — 250b. — 291. — 320. — 325. — 506. — 807. — 815. — 858. — 869. — 985. — 1026. — 1028. 1821. Aug. — 1041. — 1051. — 1216. — 1246. — 1467. — 1566. — 1577. — 1582b. — 1635. — 1836. B. VII. St. 1. S. 85. B. XVII. H. 2. S. 333. — 1898. S. 297. — 2031. B. 1. St. 2. S. 129. — 2040. B. III. St. 3. B. V. St. 2. S. 309. — 2160. — 2259. — 2311. — 2411. —

Vierte Abtheilung.

Technik der Geburtskunde
oder
die Lehre von den geburtshülflichen Operationen.

Erstes Kapitel.

Von den geburtshülflichen Operationen im Allgemeinen.

§. 812.

Die Technik der Geburtskunde begreift alle körperlichen Fertigkeiten, welche zu der Ausübung der Hülfe bei der Geburt nöthig werden können; daher ist die geburtshülfliche Untersuchung eben so hierher zu rechnen, wie die schwersten Operationen. Die geburtshülflichen Operationen werden bald nur mit der Hand, Manualoperationen, bald mit Instrumenten, Instrumentaloperationen, ausgeführt.

§. 813.

Der Zweck der geburtshülflichen Operationen besteht, ausser der sorgfältigen Erforschung der inneren

und äusseren Geburtstheile und der Frucht durch die geburtshülfliche Untersuchung, darin, in allen Fällen, in welchen entweder die diätetische und medicinische Behandlung vergebens angewendet wurde, oder wegen der Eigenthümlichkeit des Falles keine Anwendung finden konnte, durch operative Handleistungen das Geburtsgeschäft zu veranlassen oder zu vollenden, und dadurch die drohende Gefahr entweder zu entfernen oder doch zu mindern. Eine möglichst grosse Fertigkeit in der Ausübung der geburtshülflichen Operationen ist aber für den Geburtsarzt dringendes Bedürfniss, indem derselbe sonst bei den besten Kenntnissen ein sehr unvollkommener Helfer bei der Geburt seyn wird. Auf der anderen Seite hat sich aber der wohlgeübte geburtshülfliche Operateur auch zu hüten, dass er sich nicht, gestützt auf seine operative Fertigkeit, zu voreiligem und zu häufigem Operiren verleiten lässt.

§. 814.

Als allgemeine Regeln bei der Ausführung der geburtshülflichen Operationen können folgende gelten. 1) Um die Anzeige zu einer Operation festzustellen, hat man vorher eine sorgfältige geburtshülfliche Untersuchung und Examen der Kreissenden anzustellen, wobei nicht allein die Anzeige im Allgemeinen, sondern auch die Eigenthümlichkeit des individuellen Falles berücksichtigt wird: man darf sich dabei durchaus nicht allein auf die Angabe der Hebamme oder eines etwa vorher anwesenden Geburtshelfers verlassen. 2) Man hütet sich, selbst bei den schwierigsten Umständen, Aengstlichkeit zu zeigen, beruhigt den aufgeregten Gemüthszustand der Kreissenden, ohne jedoch zu viel zu versprechen, und eröffnet die vor-

handene Gefahr den Verwandten. 3) Bei der Feststellung der Anzeige berücksichtigt man vorzüglich, ob nicht der regelwidrige Zustand und die dadurch entstandene Gefahr für die Mutter und das Kind durch dynamische Mittel beseitigt werden kann, und zieht alsdann stets diese letzteren dem operativen Verfahren vor; oder ob vielleicht die Operation durch längeres Abwarten und vorherigen Gebrauch dynamischer Mittel eine Erleichterung erhalten kann: doch hat man sich auch zu hüten, in dringenden Fällen den besten Zeitpunkt zur Operation zu versäumen. In dieser Rücksicht ist es vollkommen gleich, ob die Anzeige zur Operation die Tages - oder Nachtzeit trifft; nur bei der Kaisergeburt ist es rathsam, wenn es angehen kann, die Operation bei vollem Tageslicht vorzunehmen.

§. 815.

4) Wenn man bei der Aufstellung der Anzeige die Wahl zwischen mehreren operativen Entbindungswegen hat, so ist stets der mildere, schonendere vorzuziehen: auch darf die Gefahr, welche die Operation selbst mit sich führt, nicht der Gefahr, welche beseitigt werden soll, nahe kommen oder gar gleich seyn. In manchen Fällen ist, bei möglicher Wahl der Operation, die Hand dem Instrumente vorzuziehen; doch gilt dieses durchaus nicht allgemein, z. B. rücksichtlich der Wendung auf die Füsse und der Zangenoperation. Die verletzenden Instrumente und Operationen sucht man möglichst zu vermeiden. 5) Man entfernt alle Personen, welche man nicht zum Beistand bedarf, besonders die ängstlichen, so wie alle Thiere, aus dem Zimmer.

§. 816.

6) Alle Vorbereitungen zur Operation macht man mit grosser Vorsicht, mit Vermeidung aller die Aufmerksamkeit der Kreissenden auf sich ziehenden Geschäftigkeit, sorgt jedoch dafür, dass Alles bereit ist, ehe man zu einer Operation schreitet. 7) Das allgemeinste Operationslager ist das Querbett (§. 911.), welches in allen Fällen von einiger Schwierigkeit angewendet werden soll: in anderen leichteren Fällen kann das gewöhnliche Geburtslager (§. 224.) in Anwendung kommen. So wie es auf der einen Seite zu vermeiden ist, die Kreissende durch den umständlicheren Apparat des Querbettes zu ängstigen, so hat man sich auch auf der anderen Seite zu hüten, durch ein unzureichendes Geburtslager in schwierigen Fällen der leichteren Ausführung der Operation ein Hinderniss in den Weg zu legen.

§. 817.

8) Der nothwendige Apparat, welchen der Geburtshelfer mit sich führen soll, ist folgender: *a)* zwei Geburtszangen, *b)* ein Perforatorium, *c)* ein scharfer Hacken, *d)* ein stumpfer Hacken, *e)* eine Knochenzange (nach Mesnard oder Boër), *f)* zwei Wendungsschlingen, *g)* ein Führungsstäbchen mit Bezeichnung eines Zollmaasses am unteren Ende, *h)* eine Nabelschnurscheere und Bändchen, *i)* ein silberner und ein biegsamer Katheter, *k)* ein Wassersprenger (?), *l)* eine Mutterspritze, *m)* Gorcy's Blasebalg, *n)* eine Bürste (?), *o)* verschiedene Arzneimittel: Aether aceticus, Tinctura Opii crocata, Tinctura Castorei s. Valerianae, Tinctura Cinnamomi, Liquor Ammonii causticus, Oleum Hyoscyami, Secale Cornutum in abgemessenen Dosen,

und in Pulverform, Extr. Hyoscyami oder Lactucarium auf gleiche Weise, destillirter Essig, flores Chamomill., Herb. Meliss. u. s. w., *p*) Charpie in hinreichender Menge, *q*) ein chirurgisches Besteck und Verbandzeug, *r*) einige Schwämme. Dieser Apparat wird in einem angemessenen Etuis oder einer ledernen Tasche aufbewahrt.

§. 818.

9) Die Hand und das Instrument müssen vor dem Gebrauche gehörig erwärmt und mit einer Fettigkeit bestrichen werden. Kein Instrument darf in die Geburtstheile ohne sorgfältige Leitung der Finger der anderen Hand eingeführt werden: scharfe Instrumente dürfen nie höher eingeführt werden, als die leitenden Finger reichen. 10) In sehr wichtigen Fällen ziehet man stets einen anderen Geburtshelfer oder einen guten practischen Arzt hinzu. 11) Kreissende, welche im Sterben liegen, entbindet man nur dann, wenn man die Aussicht hat, das Leben des Kindes dadurch zu retten; ausserdem ist es rathsam, den Tod derselben abzuwarten. 12) Den nöthigen Religionsgebräuchen, Nothtaufe u. s. w. darf man kein Hinderniss entgegensetzen, sondern muss sich stets dazu bereit zeigen.

Vergl. No. 429. — 725. — 791. — 978. — 1368. 1392. — 1395. — 1600. B. III. — 1778. — 1900. — 1970. — 1971. — 2025. — 2216. —

Zweites Kapitel.

Von der geburtshülflichen Untersuchung.

§. 819.

Die geburtshülfliche Untersuchung (*exploratio obstetricia*) ist die kunstmässige Beobachtung der für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wichtigen Theile des weiblichen Körpers und der durch diese Zustände bewirkten Veränderungen an denselben, mit besonderer Berücksichtigung der Frucht. Der Zweck derselben ist zunächst die geburtshülfliche Diagnose in Beziehung auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett; ferner die Diagnose in Beziehung auf medicinische oder chirurgische Hülfe bedürfende Zustände ausser der Schwangerschaft, und endlich in Beziehung auf gerichtliche Medicin oder medicinische Policei. Zugleich ist die geburtshülfliche Untersuchung als Uebung vorzüglich wichtig, indem sie ein Hauptmittel abgiebt, um sich die zu allen geburtshülflichen Operationen nothwendige technische Fertigkeit zu erwerben.

§. 820.

Die geburtshülfliche Untersuchung kann auf verschiedene Weise angewendet werden: 1) durch das Gesicht; 2) durch das Gehör; 3) durch das Gefühl; 4) durch Instrumente. Wenn dieselbe auf der Oberfläche des weiblichen Körpers angestellt wird, so heisst sie die äussere Untersuchung (*exploratio externa*), wenn aber mittelst Einführung der Finger, der Hand oder der Instrumente in die Mutterscheide oder Gebärmutter untersucht wird, so nennt man sie die in-

nere Untersuchung (*exploratio interna*), von welchen nach Beschaffenheit des Falles die eine vor der anderen Vorzüge haben kann. Werden beide Untersuchungsarten angewendet, so ist dieses die vollständige Untersuchung (*exploratio completa*), bei welcher in der Regel die äussere der inneren vorausgeht, wovon jedoch in einzelnen Fällen Ausnahmen stattfinden.

§. 821.

Sowohl der Antrag, die Untersuchung vorzunehmen, als auch die Ausführung derselben, muss in jeder Hinsicht decent und schonend seyn. So viel als möglich vermeide man die Untersuchung durch das Gesicht, und entblösse und berühre nur die Theile, von welchen es unumgänglich nothwendig ist. Während der Untersuchung wende man das Gesicht von der zu Untersuchenden ab. — Die Gegenwart einer vertrauten Person ist immer zu wünschen. Wo möglich suche man durch eine Untersuchung den Zweck derselben zu erreichen; wenn indessen das Weib grosse Scheu und Aengstlichkeit vor der Untersuchung zeigt, so ist es rathsam, dieselbe, so viel es angeht, abzukürzen und sie bald zu wiederholen. Hierbei ist jedoch die durch die wiederholte Untersuchung bei sehr empfindlichen Kreissenden veranlasste Reizung anzuschlagen.

§. 822.

Vor der Untersuchung ist alles dazu Erforderliche vorzubereiten; die Hände des Geburtshelfers müssen wohl erwärmt und in guter Beschaffenheit seyn (§. 11.) Oel oder Pomade, Waschwasser und Handtücher, wie auch die etwa zur Untersuchung erforderlichen In-

strumente müssen bereit seyn. Der gerade Darm und die Urinblase werden vorher entleert.

§. 823.

Die Stellung, in welcher die geburtshülfliche Untersuchung vorgenommen wird, ist für den individuellen Fall verschieden, und es ist von grosser Wichtigkeit, dass die richtige Stellung gewählt wird. Zuweilen ist es nothwendig, in verschiedenen Stellungen nach einander die Untersuchung vorzunehmen.

§. 824.

1) Im Stehen untersucht man Schwangere und Kreissende in den beiden ersten Geburtsperioden: in den späteren Geburtsperioden, so wie bei Wöchnerinnen hat man diese Stellung möglichst zu meiden. Besondere Anwendung findet die Untersuchung im Stehen in Beziehung auf die Neigung der Achse des Uterus, auf die Neigung des Beckens, so wie auf die Beschaffenheit des Beckens überhaupt, und in vielen Fällen in Beziehung auf den vorliegenden Kindestheil. Die zu untersuchende Person steht entweder frei, und dann sitzt der Geburtshelfer auf einem niedrigen Stuhle, so dass die Erstere seitwärts zwischen seinen Knieen steht: bei der Untersuchung mit der rechten Hand wendet sie die rechte, bei der Untersuchung mit der linken Hand die linke Seite dem Geburtshelfer zu; die freie Hand legt derselbe auf das Kreuzbein. Oder die zu untersuchende Person steht mit dem Rücken an eine Wand gelehnt, welches besonders bei Kreissenden vorzuziehen ist; der Geburtshelfer knieet alsdann mit dem Knie der Seite nieder, welcher die untersuchende

Hand angehört; die freie Hand legt er auf die Hüfte der Frau.

§. 825.

2) Im Sitzen mit reclinirtem Körper und solcher Haltung der äusseren Geschlechtstheile und Oberschenkel, dass der untersuchenden Hand kein Hinderniss in den Weg gelegt wird, untersucht man die Schwangeren und Kreissenden, welche diese Stellung der stehenden oder liegenden vorziehen, oder bei welchen gegen die Untersuchung im Stehen Gegenanzeigen vorhanden sind, z. B. Blutflüsse aus den Genitalien u. s. w. Diese Stellung ist zwar für manche Fälle sehr gut anzuwenden, steht jedoch der Untersuchung im Liegen in jeder Hinsicht nach. Die Kreissende sitzt auf dem Bett- oder Stuhlrande, und der Geburtshelfer sitzt oder knieet vor derselben.

§. 826.

3) Die Untersuchung im Liegen hat viele Vorzüge vor den übrigen Stellungen. Ausser der Bequemlichkeit für die Frau lässt sie beinahe alle Arten der Untersuchung vornehmen, und mehrere derselben nur in dieser Stellung. *a)* In der Rückenlage mit etwas erhöhetem Becken ist besonders die äussere Untersuchung des Bauches in Beziehung auf zweifelhafte Schwangerschaft in früheren Monaten, auf die Kindeslagen, Auscultation u. s. w. sehr zweckmässig vorzunehmen; eben so die innere Untersuchung in Beziehung auf die Beschaffenheit des Beckens, vorliegenden Kindestheil u. s. w. Diese Lage verdient in allen Fällen bei der Untersuchung der Kreissenden und Wöchnerinnen, wo keine andere vorzugsweise angezeigt ist,

angewendet zu werden. Bei der inneren Untersuchung zieht die Frau die Schenkel etwas an sich, und der Geburtshelfer sitzt auf dem Rande des Lagers oder steht neben demselben. — *b)* In der Seitenlage, während die Schenkel der Person durch ein zwischen die Kniee gelegtes Polster von einander entfernt werden, und der Geburtshelfer hinter dem Rücken derselben sitzt, untersucht man Kreissende in Beziehung auf manche Beckenverhältnisse und einige abweichenden Fruchtlagen mit Vortheil. Ausserdem gewährt diese Lage durchaus nicht die Vortheile, um sie als allgemeine Untersuchungslage einzuführen, wie es die Mode zu verlangen scheint.

§. 827.

4) Die Stellung, in welcher die Person knieet und sich auf die Hände und Ellenbogen stützt *(à la vache)*, und bei welcher der Geburtshelfer hinter der Kreissenden stehend untersucht, kann ganz entbehrt werden, da in den einzelnen Fällen, in welchen sie Vortheile gewährt, die Seitenlage mit vollkommen gleichem Nutzen angewendet wird.

Vergl. No. 50. — 748. — 944. — 1351. — 1355. — 1440. — 1489. — 1824a. — 1950. — 1955. — 2056. —

I. Von der Untersuchung durch das Gesicht.

§. 828.

Die Untersuchung durch das Gesicht, insofern dadurch die Grösse und Verhältnisse des Körpers im Allgemeinen, das Hervortreten der Entwickelung des weiblichen Habitus und der Gang der Person gewür-

digt wird, ist ein sehr wichtiger Theil der geburtshülflichen Untersuchung, und muss in allen Fällen, in welchen dieselbe in Beziehung auf Schwangerschaft und Geburt angestellt wird, immer den anderen Untersuchungsarten vorausgehen.

§. 829.

Zur Untersuchung der äusseren Geschlechtstheile wendet man so selten als möglich das Gesicht an, und man wird es auch in der Regel entbehren können, da das, was man an diesen Theilen zu untersuchen hat, gemeiniglich mit Sicherheit durch das Gefühl erkannt wird. Nur bei einigen krankhaften Zuständen der äusseren Geschlechtstheile, z. B. bei sehr grossem Oedem, bei Puls- oder Blutadergeschwülsten, Geschwüren, Brand u. s. w. kann es nöthig werden, das Gesicht zu Hülfe zu nehmen, theils wegen der anzustellenden Untersuchung, theils wegen des anzuwendenden Heilverfahrens.

§. 830.

Die innere Untersuchung durch das Gesicht mittelst Bozzini's Lichtleiter oder dem Speculum vaginae von Dupuytren, Mad. Boivin u. A. ist in geburtshülflicher Hinsicht durchaus überflüssig, und es lässt sich nur in denjenigen Fällen einiger Nutzen von derselben erwarten, wo sie zum Behufe der Untersuchung eines krankhaften Zustandes des Uterus oder der Scheide angewendet wird, da auch hier die wohlgeübte Hand eine sicherere Diagnose stellen wird.

Vergl. No. 273. — 314d. Tom. VII. 1821. No. 1. — 696a. H. IX. Taf. XXXIX. — 1836. B. VII. H. 1. S. 154. — 2031. B. IV. S. 167.

II. Von der Untersuchung durch das Gehör.

§. 831.

Mittelst der Untersuchung durch das Gehör erforscht man den Herzschlag des Kindes im Uterus und das pulsirende Geräusch in der Placentenstelle des Uterus. Sie findet ihre Anwendung bei zweifelhafter Schwangerschaft, jedoch erst in den späteren Monaten, und wo es nöthig ist zu wissen, ob das Kind lebt oder todt ist. Der mit Bestimmtheit gehörte Herzschlag entscheidet für das Leben, aber nicht umgekehrt der nicht gehörte Herzschlag für den Tod des Kindes. Auch in Beziehung auf die Erforschung regelwidriger Kindeslagen und der Zwillingsschwangerschaft hat man die Auscultation angewandt.

§. 832.

Die Auscultation wird entweder unmittelbar mit dem blossen Ohre, oder mittelbar durch Anwendung von Laennec's Hörrohr (*Stethoscop*) vorgenommen. Nachdem man in der Rückenlage der Frau mit etwas erhöhetem Becken, durch Betastung des Bauches die Stelle ausgemittelt hat, an welcher der Rumpf des Kindes an der Uteruswandung liegt, legt man das Ohr an den Bauch fest an, und beobachtet den Herzschlag des Kindes, welcher sich als Doppelschläge, zwischen 120 und 160 in der Minute, vernehmen lässt. Die Anwendung von Laennec's Hörrohr findet in der nämlichen Lage statt, und wird in der Privatpraxis weniger Widerspruch finden, als die unmittelbare Auscultation, weil bei jener die Entblössung des Bauches sich nur auf eine kleine Stelle beschränkt. — Die Ausübung der Auscultation fordert übrigens eine eben so

sorgfältige Uebung, wie die Untersuchung durch das Gefühl.

Vergl. No. 696. No. 45. — 848. B. VII. H. 1. S. 50. — 866. — 1150. — 1214. — 1238. — 1254. — 1432. B. II. S. 38. — 1731. — 1837. B. VIII. S. 86. —

III. Von der Untersuchung durch das Gefühl.

§. 833.

Die Untersuchung durch das Gefühl findet in geburtshülflicher Hinsicht die allgemeinste Anwendung, so dass die früheren Geburtshelfer dieselbe auch allein als geburtshülfliche Untersuchung anwendeten. Sie ist von sehr grosser Wichtigkeit, und der Geburtshelfer muss in der Ausführung derselben vollkommen geübt seyn. Da sie nur mit den Fingern und der Hand ausgeübt wird, so nennt man sie die Manualuntersuchung.

§. 834.

Sie erfordert, dass der Tastsinn möglichst geübt sey: findet dieses aber an der rechten Hand statt, so ist eben dadurch auch schon die linke Hand geübt, und letztere bedarf keiner andern Uebung, als der der Einführung u. s. w. — Die Cultur der Hände (§. 11) muss vollkommen seyn, und besonders die Nägel wohl beschnitten und gerundet. Verletzungen an der untersuchenden Hand bringen in manchen Fällen Gefahr für den Geburtshelfer. Die Hand muss wohl erwärmt seyn, ausgenommen wenn man äusserlich die Bewegungen des Kindes beobachten will, wo es nützlich seyn kann, die kalte Hand anzuwenden.

1. Die äussere Untersuchung.

§. 835.

Die äussere Untersuchung ist von der grössten Wichtigkeit, sowohl in Beziehung auf die Beschaffenheit des Beckens, als auch in Beziehung auf die Beschaffenheit des Uterus und dessen Richtung, und insbesondere in Beziehung auf regelwidrige Kindeslagen. Auch ist die Beschaffenheit der äusseren Geschlechtstheile und der Brüste Gegenstand derselben.

§. 836.

In der Regel soll die äussere Untersuchung der inneren vorausgehen, wenn beide Untersuchungsarten angewendet werden. Doch kann auch, besonders bei regelwidrigen Kindeslagen, das Gegentheil stattfinden. Sie wird im Stehen oder in der Rückenlage vorgenommen, je nachdem eine dieser Stellungen dem Zwecke der Untersuchung angemessener ist (§. 819).

§. 837.

Man führt die flach ausgestreckte Hand so unter die Bekleidung, dass die letztere nicht in Unordnung gebracht und kein Theil des Körpers unnöthig entblösst wird, legt sie über den Schambeinen an, und führt sie mit Festigkeit und unter sanft prüfendem Drucke nach beiden Seiten und wieder zurück: Ausdehnung, Umfang, Spannung, Form und Neigung des Leibes werden hierdurch vorerst erforscht. Unter prüfend wechselndem Andrücken geht nun die Hand längs der Linea alba bis zum Nabel in die Höhe, und wendet sich auch hier nach beiden Seiten, mit besonderer Berücksichtigung der Stellen, wo die Härte und Richtung des Leibes sich verändert, oder Kindestheile unterschieden werden

können. Zunächst wird nun die Beschaffenheit des Nabels gewürdigt, und dann die Hand höher bis gegen die Herzgrube und auch hier nach beiden Seiten geführt. Wo die Höhe des Muttergrundes unterschieden wird, bleibt die untersuchende Hand liegen und umgreift tastend die Gebärmutter, mit besonderer Berücksichtigung der Spannung oder Erschlaffung der über ihr liegenden Bauchwandung, wobei der Einfluss des tiefen Ein- und Ausathmens der Frau angeschlagen wird. Wenn der Rumpf des Kindes unterschieden wird, so verfolgt man denselben tastend, um seine Richtung und Lage zu erforschen. — Das Zurückziehen der untersuchenden Hand muss auf gleiche Weise vorsichtig und ohne jede unnöthige Entblössung geschehen, wie das Hinführen derselben zu dem Bauche.

§. 838.

Die Untersuchung der äusseren Geschlechtstheile geschieht gewöhnlich, wenn man die Hand zur Ausübung der inneren Untersuchung an dieselben bringt: doch kann es auch nothwendig werden, sie gleich mit der äusseren Untersuchung vorzunehmen, und dann betastet man die äusseren Geschlechtstheile von dem Schamberg abwärts bis zu dem Schambändchen, und berücksichtigt ihre Lage und Beschaffenheit und die innere Fläche der Oberschenkel.

§. 839.

Bei der äusseren Untersuchung in Beziehung auf das Becken hat man zunächst die Lage der äusseren Schamgegend zu beobachten; dann berücksichtigt man die Biegung der Lendenwirbel und des Kreuzbeins, ferner die Richtung und Grösse der Darmbeine und

die Wölbung der Horizontaläste der Schambeine, endlich die Entfernung der Sitzbeinknorren und die Richtung und Form des Halses des Schenkelknochens. Die hier angeführten Punkte bieten bei sorgfältiger Untersuchung in dem abnormen Becken so viele Abweichungen dar, dass deren Berücksichtigung weit nützlicher ist, als manche dem Zufalle unterworfenen äusseren Ausmessungen.

§. 840.

Die Untersuchung der Brüste geschieht durch Betasten mit den Fingerspitzen, wobei gemeiniglich das Gesicht zu Hülfe genommen wird. Zuweilen macht es der Zweck dieser Untersuchung nöthig, auch die Milchpumpe dabei in Gebrauch zu ziehen.

2. Die innere Untersuchung.

§. 841.

Die innere Untersuchung wird gewöhnlich durch die Mutterscheide, selten durch den Mastdarm, vorgenommen. Die einzuführenden Theile der Hand werden vorher erwärmt und sorgfältig mit Pomade, ungesalzener Butter oder reinem Oel überzogen, welches theils wegen der leichteren und schmerzloseren Einführung derselben, theils zur Sicherung gegen die Möglichkeit irgend einer Infection dringend nothwendig ist.

§. 842.

a) Die Untersuchung mit einem Finger, dem Zeigefinger, ist in vielen Fällen bei Schwangeren, und selbst in manchen Fällen bei Gebärenden die einzig anwendbare Art der inneren Untersuchung, und

es ist daher besonders räthlich, dieselbe vollkommen einzuüben, weil der Geburtshelfer, welcher mit einem Finger zu untersuchen geübt ist, eben so leicht mit zwei Fingern untersuchen kann, nicht aber umgekehrt.

§. 843.

Man schlägt den wohl mit einer Fettigkeit bestrichenen Zeigefinger in die Hand, und bedeckt ihn mit dem Daumen und Mittelfinger: so führt man die Hand vorsichtig unter die Kleider und an die hintere Commissur des Scheideneinganges. Hier öffnet man durch den auf beide Schamlippen gesetzten Daumen und Mittelfinger vorsichtig und ohne Schmerz zu verursachen die Schamspalte, und führt den Zeigefinger in dieselbe langsam ein und an der hinteren Wand der Scheide hinauf. Der Daumen wird zur Seite des Schambergs angelegt und die übrigen Finger über den Damm ausgestreckt. Die freie Hand wird entweder auf das Kreuzbein oder auf eine Hüfte aufgelegt, wenn im Stehen untersucht wird, welches dazu beiträgt, die Stellung des Weibes zu fixiren. In manchen Fällen und besonders bei der Untersuchung im Liegen, ist es nützlich, die freie Hand auf den Bauch zu legen.

§. 844.

Indem der untersuchende Finger an der hinteren Wand der Scheide hinaufgeführt wird, erforscht man zunächst die Beschaffenheit der letzteren in Beziehung auf ihre Empfindlichkeit, ihre Weite, Falten, Fläche, Temperatur, Schleimabsonderung und etwaige pathologische Erscheinungen, und nachdem man mit dem Finger an dem Scheidengewölbe herumgegangen ist,

prüft man die Scheidenportion des Uterus und den Muttermund. Wenn man in der Gegend des Muttermundes nichts von dem vorliegenden Theile des Kindes oder des Eies unterscheiden kann, so führt man den untersuchenden Finger nach vorn hinter die Schambeinfuge und dort gegen das Scheidengewölbe in die Höhe, welches besonders bei der Untersuchung der Schwangeren nöthig ist. Zuletzt geht man zu der Untersuchung der räumlichen Verhältnisse des kleinen Beckens über, indem man den Zeigefinger in der Richtung gegen den Vorberg des Kreuzbeins ausstreckt und denselben zu erreichen strebt, dann an der ungenannten Linie der Darmbeine herumgeht, die Wölbung der Aushöhlung des Kreuzbeins prüft, und nachdem man nach etwaigen Aufwulstungen in der Höhle des Beckens geforscht hat, den Winkel des Schambogens berücksichtigt. Nachdem nun der Finger auf gleiche Weise vorsichtig, wie bei der Einführung, wieder aus den Geschlechtstheilen herausgeführt worden ist, schlägt man ihn wieder in die Hand, und entfernt dieselbe, ohne die Kleidungsstücke dabei zu erheben.

§. 845.

b) Die Untersuchung mit zwei Fingern, dem Zeige- und Mittelfinger, hat vor der Untersuchung mit einem Finger den Vorzug, dass die untersuchende Gefühlfläche vergrössert wird, und dass man weit höher in dem Becken hinaufreichen kann, als mit einem Finger. Sie wird indessen in der Regel erst anwendbar und nothwendig, wenn die Geburtsthätigkeit eingetreten ist, und so sehr die angeführten Vorzüge derselben nicht zu verkennen sind, so nothwendig ist es, über dieselbe die Untersuchung mit einem Finger nicht

zu vernachlässigen, da man, wenn man nur geübt ist, mit zwei Fingern zu untersuchen, nicht fähig ist, mit einem Finger eine gründliche Untersuchung vorzunehmen, welche in manchen Fällen doch nur allein zulässig ist. — Das Verfahren bei dieser Art zu untersuchen, ist übrigens nach dem Verfahren bei der Untersuchung mit einem Finger einzurichten.

§. 846.

c) Die Untersuchung mit vier Fingern, oder der halben Hand, wobei man den Daumen zur Seite des Schamberges legt, ist zuweilen nothwendig, wenn man zur Erforschung des Beckeneinganges oder einer regelwidrigen Kindeslage hoch hinauf reichen muss. Diese Untersuchungsart kann nur während der Geburt angewendet werden, nachdem die Geschlechtstheile sich hinreichend entwickelt haben. Man legt die wohl beölten Finger conisch zusammen und führt sie mit dem Querdurchmesser der Hand in dem geraden Durchmesser des Beckenausganges langsam drehend und ohne Gewalt anzuwenden, in die Scheide, wobei man vorzüglich darauf Bedacht nimmt, die vordere Commissur des Scheideneinganges vor Druck und Reizung zu hüten. — Wenn man diese Untersuchungsart anwendet, um eine abnorme Fruchtlage zu erforschen und die Möglichkeit einer bald vorzunehmenden Operation durch Einführung der ganzen Hand bevorstehet, so ist es rathsam, den Daumen und die ganze Hand vorsorglich zu beölen, um, wenn es nothwendig wäre, dieselbe sogleich gebrauchen zu können.

§. 847.

d) Die Untersuchung mit der ganzen Hand nimmt man nur unmittelbar vor einer Manualoperation, oder bei der Nothwendigkeit einer genauen Erforschung eines in dem Eingange beschränkten Beckens vor. Sie findet nur ihre Anwendung während der Geburt. Nachdem die ganze Hand und der Vorderarm, mit Ausnahme der Gefühlfläche der Finger, sorgfältig mit einer Fettigkeit bestrichen worden sind, legt man erstere vor der Einführung conisch zusammen. Dieses geschieht dadurch, dass man bei ausgestreckter Hand den zweiten und vierten Finger vor der Gefühlfläche des Mittelfingers an einander legt, und den Daumen und kleinen Finger vor diesen einander nähern lässt, während die Mittelhandknochen des Daumens und kleinen Fingers möglichst gegen einander geführt werden. Mit dem Querdurchmesser der Hand in dem geraden Durchmesser des Beckenausganges führt man die letztere, sanft drehend und ohne irgend Gewalt anzuwenden, in die Mutterscheide und an der hinteren Wand derselben hinauf: sobald die Mittelhandgelenke den Scheideneingang überschritten haben, lässt man die Hand etwas still liegen, und geht erst nach einer kleinen Ruhe weiter, nachdem der erste Schmerzeindruck vorüber ist. Im Allgemeinen gelten auch hier die Regeln, welche bei der Untersuchung mit einem Finger angegeben worden sind (§. 842.)

§. 848.

Wenn die innere Manualuntersuchung mit besonderer Berücksichtigung einer vorhandenen Beckenbeschränkung vorgenommen wird, welches in der Regel

mit weit grösserem Nutzen, als durch die Instrumentalausmessung geschieht, so hat man auf folgende Weise zu verfahren, nachdem man durch Würdigung des Baues der Frau, durch die äussere Untersuchung und durch die Erforschung der früheren Krankheitszustände, wodurch das Becken verdorben worden ist, sich Kenntniss von der Art der Beckenbeschränkung verschafft hat.

§. 849.

Bei dem Becken, welches vor erlangter Pubertät, gemeiniglich durch Rhachitis verdorben ist (§. 590.), hat man vorzüglich den geraden Durchmesser des Beckeneinganges zu erforschen. Man führt den beölten Zeigefinger kunstmässig ein, und richtet ihn gegen das gemeiniglich stark nach hinten ausgestreckte untere Ende des Kreuzbeins. Sobald der Finger dasselbe erreicht hat, geht er langsam an ihm hinauf, wobei die Abweichung von der normalen Krümmung dieses Theils berücksichtigt wird, bis er zu dem Promontorium kommt, wo er festgestellt wird. Nun erhebt man den Winkel, welchen der äusserlich ausgestreckte Daumen bildet, so, dass der Zeigefinger fest unter dem Schambogen anliegt, und schliesst von da auf die Länge der Conjugata.

§. 850.

Es ist rathsam, durch häufiges Anstellen dieser Messung an trocknen Becken oder dem Fantome, mit nachher zu Hülfe genommenem Maassstabe die individuellen Verhältnisse seiner Hand kennen zu lernen: doch ist anzunehmen, dass das mit dem Zeigefinger, bei mittlerer Länge desselben, ohne grosse Mühe er-

reichte Promontorium, bei Anlegung des Daumens neben dem Schamberge, eine Conjugata von drei Zollen anzeige, an welchem Maasse, bei bedeutenderer Beschränkung des Beckens, durch Abziehen dessen, um wie viel weniger tief der Finger eindringt, die Verhältnisse dieses Durchmessers ziemlich genau auszumitteln sind. — Wenn man diese Untersuchung mit zwei Fingern anstellt, so kann man bei mittlerer Grösse der Hand annehmen, dass wenn der Mittelfinger an das Promontorium angesetzt ist, und die Gelenkverbindung des Mittelhandknochens unter und hinter die Schambeinverbindung zu liegen kommt, die Conjugata gegen drei Zolle misst. — Ehe die untersuchenden Finger zurückgezogen werden, führt man dieselbe noch nach beiden Seiten zu der ungenannten Linie der Darmbeine, und nach vorn gegen die Horizontaläste der Schambeine, um über die Form des Beckeneinganges Gewissheit zu erlangen, da insbesondere das rhachitische Becken leicht auf einer Seite mehr beschränkt ist, als auf der anderen.

§. 851.

Um möglichst genau den geraden Durchmesser des Beckeneinganges auszumessen, führt man auch die halbe Hand, vier Finger ohne den Daumen, in die Mutterscheide, welches bei dem rhachitischen Becken während der Geburt ohne grosse Beschwerde geschehen kann, da der Beckenausgang bei demselben gemeiniglich sehr weit ist. Je nach dem Grade der Beschränkung der Conjugata bringt man nun zwei, drei oder vier neben einander gelegte ausgestreckte Finger zwischen das Promontorium und die Schambeinverbindung, und misst auf diese Weise die Conjugata un-

mittelbar, indem man nach Zurückführung der Finger die Breite derselben mit einem Maassstabe genau bestimmt. — Minder zweckmässig ist es, die auseinander gespreizten Zeige- und Mittelfinger an das Promontorium und die Schambeinverbindung zu setzen, welches nur einen unsicheren Schluss machen lässt.

§. 852.

Um das nach eingetretener Pubertät gemeiniglich durch Osteomalacie, verunstaltete Becken (§. 596) zu untersuchen, führt man, nach vorhergegangener äusserer Untersuchung, den Zeigefinger in den Scheideneingang und prüft zunächst den Abstand der Sitzbeinknorren von einander, welches am Besten durch das mit seiner Breite zwischen dieselben gelegte vorderste Glied des Fingers geschieht; ist der Abstand grösser als die Breite des Fingers, so legt man zwei oder drei Finger neben einander, wodurch man den Abstand der Sitzbeinknorren genau bestimmen kann; zugleich berücksichtigt man durch sanftes Auseinanderdehnen die etwaige Beweglichkeit. Hierauf geht man nach der hinteren Wand des Beckens, um die hier gemeiniglich sehr vermehrte Krümmung des Kreuzbeins zu würdigen und die Senkung des Vorbergs in den Beckeneingang zu bemerken. Zuletzt untersucht man den Beckeneingang, wobei man besonders das schnabelförmige Zusammendrängen der Horizontaläste der Schambeine und die Verkleinerung des Querdurchmessers berücksichtigt; hier muss man auch darauf achten, ob an den Schambeinen keine Knochenbrüche befindlich sind. — Bei sehr beschränktem Beckenausgange ist es zuweilen unmöglich den Eingang zu untersuchen, welches aber auch ohne Nachtheil ist, da von dem Aus-

gange allein die Anzeige sich in diesem Falle schon bestimmen lässt.

§. 853.

Wenn die innere Manualuntersuchung eines durch eine Exostose oder ein Osteosteatom beschränkten Beckens nothwendig wird, so betastet man sorgfältig den Umfang und die Hervorragung der Knochenaufwulstung, um, mit besonderer Berücksichtigung des Sitzes, einen Schluss zu machen, welcher Durchmesser des Beckens und in welchem Grade, dadurch beschränkt wird. Ist aber die Hervorragung bedeutender, so verfährt man auf gleiche Weise, wie bei der Verunstaltung des durch Rhachitis u. s. w. verdorbenen Beckens, indem man die halbe Hand in das Becken führt und zwei oder drei Querfinger zwischen die Aufwulstung und die ihr gerade gegenüber liegende Beckenstelle legt, um den kleinsten Durchmesser dadurch auszumitteln.

§. 854.

Die Untersuchung des allgemein zu kleinen Beckens (§. 585) erfordert besondere Aufmerksamkeit und ist sehr schwierig auszuführen. Es ist rathsam zuerst die Beschränkung der Conjugata auszumitteln, und von da aus die übrigen Beckenverhältnisse zu erforschen. — Wenn man in Erfahrung bringt, dass das Becken früher durch einen Abscess, eine Luxation oder eine Fraktur gelitten hat, so wendet man die untersuchenden Finger zunächst zu der verdächtigen Stelle des Beckens, unter Anwendung der bisher angeführten Regeln.

§. 855.

Die Untersuchung durch den Mastdarm kann in seltenen Fällen nöthig werden, z. B. bei Schwanger-

schaft ausserhalb des Uterus, bei manchen krankhaften Zuständen innerer Organe u. s. w. Sie wird mit einem Finger vorgenommen, welcher in einer angemessenen Seitenlage in den Mastdarm geführt wird, nachdem derselbe vorher durch Klystiere gereinigt worden ist. In manchen Fällen kann es nützlich seyn, diese Untersuchungsart in der Rückenlage oder in der knieenden Stellung mit vorwärts gebeugtem Oberkörper anzuwenden.

Vergl. No. 50. — 574. — 696a. H. VI. — 478. — 944. — 1164. — 1279. — 1351. — 1355. — 1440. — 1489 — 1824a. — 1950. — 1955. — 2056. — 2326. —

IV. Von der Instrumentaluntersuchung.

§. 856.

Da die Werkzeuge zur Untersuchung mittelst des Gesichtes und Gehörs schon angeführt worden sind, so bleiben nur noch die zur Ausmessung des Beckens und der Frucht bestimmten übrig. Obgleich, wie schon angeführt wurde, eine wohlgeübte Hand das zweckmässigste Werkzeug übertrifft, so ist es doch nützlich zur vergleichenden Ausmessung einige Instrumente anzuwenden.

§. 857.

Der erste Erfinder eines Beckenmessers war G. W. Stein d. ä., welcher zuerst seinen kleinen einfachen, und später seinen grösseren zusammengesetzten Beckenmesser angab.

Stein's beide Beckenmesser sollen das Becken von Innen und zwar besonders die Conjugata ausmessen Der erste bestand früher aus einem einfachen Stäbche

mit einem Knöpfchen und war mit den Zollen u. s. w. bezeichnet: später wurde ihm ein beweglicher, mit einem Schräubchen zum Feststellen versehener Index zugefügt: ein sehr brauchbares Instrument. Der grössere zusammengesetzte Pelvimeter besteht aus scheerenartig zusammengefügten, Sförmig auswärts gekrümmten, mit Knöpfchen an der Spitze und einer Scale versehenen Stäben, und ist zu zusammengesetzt, um mit Nutzen gebraucht werden zu können.

Vergl. No. 696a. H. IX. Taf. XXXV—XXXVI. — 1164. — 1970. — 1971. — 2140. Taf. II. Fig. 4. S. 230. — 2145. — 2150. S. 13. —

§. 858.

Bis auf die neuesten Zeiten hat man sich bemühet theils die von Stein angegebenen Beckenmesser zu verbessern, theils neue zu erfinden. So entstanden die Beckenmesser von Jumelin [1]), Coutouly [2]), Baudelocque [3]) (später von Torally verbessert), Aitken [4]), Koeppe [5]), Stark [6]), Kurzwich [7]), Weidmann [8]), Creve [9]), Asdrubali [10]), Simeon [11]), Wigand [12]), Osiander [13]), Stein d. j. [14]), Barovero [15]), Desberger [16]), Kluge [17]), Martin [18]), Davis [19]), Madame Boivin [20]), Ritgen [21]). Ausserdem haben Trainel und Leroy [22]) eigene Beckenmesser gebraucht, welche aber nicht beschrieben worden sind.

[1]) No. 1824d. Sept. 1778. S. 189. — 1970. S. 26. Tab. II.

Ein aus drei metallenen Stäben nach Art des Silhouettenstorchschnabels zusammengesetztes Instrument: an einem der Stäbe ist eine Scale.

[2]) No. 33. Tab. 27. fig. 5. — 136. Tom. I. Tab. VI. fig. 3. — 696a. H. IX. Taf. 35. — 1761. B. VI.

St. 3. — 1970. S. 27. Tab. II. fig. 6. — 2009. 1779. S. 137. — 2147. —

Coutouly nannte das Instrument Appredіateur du bassin; es gleicht einem Schustermaasse und soll die Conjugata unmittelbar messen.

[3]) No. 136. Tom. I. Tab. VI. fig. 2. — 696a. H. VIII. Taf. 32. — 1192. Tab. II. fig. 5. — 1970. S. 23. Tab. II. fig. 5.

Baudelocque ging zuerst davon aus, das Becken von Aussen zu messen. Das Instrument, welches der Erfinder Compas d'épaisseur, Dickenmesser, nannte, ist ein grosser mit einer Scale versehener Tasterzirkel. Ueber Toralli's Verbesserung vergl. Borges in der Anmerk. zu seiner Uebersetzung von Sabatier's Lehrb. d. chir. Oper. T. I. S. 271.

[4]) No. 33. Taf. XXIX. fig. 3 et 4. — 696a. Taf. 36. — 1970. S. 35. Tab. II. fig. 11 und 12. —

Aitken hat zwei Beckenmesser, einen allgemeinen und einen kleineren: der erste ist ein Mittelding zwischen Stein's zusammengesetztem Beckenmesser und Baudelocque's Compas d'épaisseur, und soll das Becken von Aussen und von Innen messen: der kleinere ist ein mit Zollmaassen versehener weiblicher Katheter.

[5]) No. 696a. Taf. 36. — 1192. fig. 6. 7. 8. 9. — 1970. S. 29. Tab. II. fig. 7. —

Koeppe's armata manus bestehet aus einem Gürtel von Leder, welcher um den Arm geknöpft wird; auf demselben befindet sich eine Scale mit einem Zeiger, welcher durch einen Faden bewegt wird, der durch zwei an dem Daumen und Mittelfinger befindliche Ringe lauft.

[6]) No. 520. — 696a. Taf. 36. — 1970. S. 34. Taf. II. fig. 9. — 2121. B. II. St. 2. fig. 1 und 3.

Stark gebrauchte eine seidene Schnur doppelt durch eine runde Korkplatte gezogen: in die dadurch gebildete Schlinge wird der Mittelfinger bis an die Nagelwurzel eingelegt; vor der Korkplatte liegt der Daumen und schiebt den Kork bis an die Schambeine, während der Mittelfinger an den Vorberg angedrückt wird.

[7]) No. 696a. Taf. 36. — 2121. B. II. St. 2. S. fig. 2. —

Eine Verbesserung des Stark'schen Beckenmessers, welche darin besteht, dass um den Zeigefinger ein breiter silberner Ring gelegt wird, durch welchen die seidene Schnur lauft, eben so wie durch ein Knöpfchen, das auf einem silbernen Fingerhute befindlich ist, welcher auf den Daumen gesetzt wird.

[8]) No. 439. — 1970. S. 37.

Es ist der kleine Beckenmesser von Stein, mit der Veränderung, dass das convexe knopfartige Ende desselben in eine convexe Vertiefung umgewandelt ist, um am Vorberge fester zu stehen.

[9]) No. 439. Tab. VIII. fig. 1 und 2. — 696a. Taf. 35. — 1970. S. 38. Tab. III. fig. 13. —

Das Weidmann'sche Instrument, an welchem ein Faden, der in einer Rinne des Stäbchens lauft, das Knopfende durchbohrt. Wenn der Knopf gegen den Vorberg gesetzt ist, soll das Stäbchen gegen den Damm gesenkt und der Faden unter den Schambogen gespannt werden; nachher wird der Faden nach dem Zollmaasse gemessen.

[10]) No. 81. Tom. I. S. 33. Tab. II. fig. 2 und 3. — 696a. Taf. 35. — 1970. S. 40. Taf. III. fig. 14. —

An einem Maassstabe von fünf Zoll Länge befindet sich ein hohler Kegel, welcher wie ein Fingerhut auf den Zeigefinger gesteckt und an den Vorberg geführt

wird; der Maassstab wird unter den Schambogen angedrückt und das Maass bemerkt. Der Erfinder nennt dieses Instrument *Pelvimetro digitale.*

11) No. 696$^{a}_{2}$. Taf. 36. — 1970. S. 41. Taf. III. fig. 15. —

Eine Verbesserung der armata manus von KOEPPE. Ein zehn Zoll langer Stab krümmt sich vorne in einen hohlen Cylinder auf, durch welchen eine Schnur lauft, welche mit ihrem einen Ende an einen Ring, mit ihrem anderen Ende an einen Zeiger an dem Zollstabe befestigt ist.

12) No. 696$^{a}_{2}$. Taf. 36. — 2155. S. 55. — 2413. —

Eine Kapsel mit Scale, aus welcher zwei bewegliche Arme herauskommen, an deren Ende Ringe für den Daumen und Zeigefinger sind.

13) No. 1601$^{b}_{2}$. —

Ein mit auswärts gekehrten Schenkeln und mit einem Gradbogen versehener Zirkel.

14) No. 2155. S. 69. —

STEIN'S d. ä. zusammengesetzter Beckenmesser, an dessen Spitzen statt der Knöpfchen Ringe zur Aufnahme der Fingerspitzen befindlich sind, und die Scale von der Mitte der Griffe an das Ende derselben verlegt ist.

15) No. 696$^{a}_{2}$. Taf. 3. — 1749. No. 38. Febr. 1823. —

Die bekannte Ausmessung des Beckens mit der Hand will B. noch dadurch sicherer machen, dass er angepasste hölzerne Keile zwischen die ausgespreizten Finger legt.

16) No. 490. — 696$^{a}_{2}$. Taf. 36. —

Eine sehr zusammengesetzte Nachahmung von COUTOULY'S Appréciateur du bassin.

17) No. 696a. Taf. 32. — 1836. B. XVII. S. 466. —

Kluge's Pelycometron ist der Baudelocque'sche Compas d'epaisseur vergrössert, und mit einer zweiten Scale und einem Lothe zur Ausmessung der Neigung des Beckens versehen.

18) No. 696a. Taf. 36. — 1392. pl. LXXIV. —

Martin's Pelvigraph ist ein complicirtes Instrument, von welchem ein Arm, nach Art des Silhouettenstorchschnabels, ausserhalb auf einer Fläche die Form des Beckens zeichnen soll, wie sie ein innerlich an dem Umfange des Beckens herumgeführter Arm angiebt (!).

19) No. 458. — 696a. Taf. 32. —

Davis pair of portable callipers ist Baudelocques Compas durch viele Gelenke zusammenlegbar, so dass er in der Tasche getragen werden kann. Der Abstand der Endpunkte wird nach unverrückter Abnahme auf einem Maassstabe gemessen.

20) No. 250. —

Mad. Boivin hat Coutouly's Instrument durch Verlängerung des vorderen Armes weit brauchbarer gemacht und nennt es Intro-Pelvimeter. Durch Vereinigung mit einem zweiten längeren Arme wird es Baudelocque's Compas ähnlich, und ist auch zur äusseren Ausmessung zu gebrauchen.

21) Ritgen's Instrument ist eine Vereinigung eines inneren und äusseren Beckenmessers, indem ein an seiner Spitze mit einer beweglichen Zunge versehener Stab an das Promontorium angesetzt wird, während ein auf demselben beweglich laufender gekrümmter Arm mit seinem Ende äusserlich über der Schambeinfuge in die Weichtheile eingedrückt wird, um so die Conjugata unmittelbar zu messen.

22) No. 1970. S. 28. —

§. 859.

Von diesen Instrumenten empfehlen sich vorzüglich zwei zur Ausmessung des Beckens, neben dem Gebrauche der Hand zu diesem Zwecke, Stein's einfacher Beckenmesser und Baudelocque's Dickenmesser. Da das eine dieser Instrumente von Innen und das andere von Aussen angewendet wird, so ist die Vergleichung des Resultates nicht selten von bedeutendem Nutzen.

§. 860.

Stein's einfacher Beckenmesser soll so angewendet werden, dass durch Ansetzen des Knöpfchens an die Verbindung des zweiten und dritten falschen Wirbels des Kreuzbeins und Vorschieben des Index hinter die Schambeinvereinigung, der gerade Durchmesser der Beckenhöhle ausgemittelt, und durch Abzug eines halben Zolles für die Aushöhlung des Kreuzbeines die Conjugata des Einganges bestimmt wird. Die verschiedene Tiefe der Aushöhlung des Kreuzbeins lässt hier wohl eine Abweichung von einigen Linien zu. Später wendete man denselben Maassstab durch Ansetzen des Knöpfchens an den Vorberg zur Ausmittelung der Conjugata diagonalis an, und zog von dem gefundenen Maasse einen halben Zoll zur Bestimmung der wahren Conjugata ab. Auch hier wird leicht eine Verschiedenheit von einigen Linien eintreten können.

§. 861.

Die Anwendung des Stein'schen Maassstabes geschieht auf folgende Weise. In einer reclinirten Rückenlage oder auch in einer halbsitzenden, halbliegenden Stellung, wobei die Geburtstheile so frei sind, dass

sie die Hand und das Instrument leicht zulassen, wird eine Hand, nach dem Bedürfnisse mit einem, zwei oder mehreren Fingern, in die Scheide geführt und zuerst die Fingerspitze an die Vereinigung des zweiten und dritten falschen Wirbels des Kreuzbeins angesetzt. Darauf wird das wohlbeölte und erwärmte Instrument mit der anderen Hand ergriffen, und von der hinteren Commissur der Schamspalte her in der hohlen Hand eingeführt, während der Index auf ein kürzeres Maass, als das muthmassliche Maass der Conjugata beträgt, vorgeschoben ist. Nachdem das Knöpfchen des Instrumentes neben der angesetzten Fingerspitze fixirt worden ist, wird mit der anderen Hand der Handgriff so erhoben, dass das Instrument fest unter dem Schambogen liegt, worauf der Index sanft zurückgeschoben wird, bis er an der Schambeinvereinigung feststehet. Nun stellt man den Index durch Umdrehen des Schräubchens fest, und nachdem man sich noch einmal durch Untersuchung mit dem Zeigefinger überzeugt hat, dass das Knöpfchen und der Index an den richtigen Punkten gestanden haben, und noch nachgesehen hat, ob keine Schamhaare zwischen dem Schieber gefasst worden sind, senkt man den Handgriff gegen den Damm und führt das Instrument mit Vorsicht heraus.

§. 862.

Nachdem man so den geraden Durchmesser der Beckenhöhle gemessen hat, sucht man nun auf gleiche Weise die Conjugata diagonalis auszumitteln. Das Verfahren hierbei ist vollkommen dem angegebenen gleich, nur wird der leitende Finger und das Knöpfchen des Instrumentes an das Promontorium festgestellt. — Welche Hand man zum Conductor und welche man

zur Führung des Instrumentes wählt, hängt von der grösseren Bequemlichkeit in dem individuellen Falle ab. — Die Anwendung dieser Messungsmethode wird desto leichter, je beschränkter das Becken ist.

§. 863.

Die Anwendung von Baudelocque's Dickenmesser ist folgende. Die zu untersuchende Person stellt sich mit einer Seite vor den niedrig sitzenden oder knieenden Geburtshelfer, während die Beckengegend von allen Kleidungsstücken mit Ausnahme des Hemdes oder eines dünnen Kleides frei ist. Der Geburtshelfer setzt den einen Arm des Instrumentes mit dem Knöpfchen in die Vertiefung unter dem Dornfortsatze des letzten Lendenwirbels, den anderen Arm aber an den oberen Rand der Schambeinvereinigung: das Instrument wird nun sanft zusammengedrückt, ohne Schmerz zu verursachen, das Schräubchen umgedreht, und auf der Scale die Entfernung bemerkt. Von dem gefundenen Maasse zieht man nun bei mässiger Dicke der Weichtheile drei Zoll ab, und nimmt an, dass der Ueberrest die Conjugata betrage: bei sehr fetten Personen kann man einen Viertel- oder halben Zoll mehr abziehen.

§. 864.

Vollkommene Sicherheit gewähren diese beiden Instrumente nicht; doch ist es rathsam in Fällen von Wichtigkeit dieselben neben der immer vorzüglicheren Ausmessung des Beckens mit der Hand in Gebrauch zu ziehen. Fälle von Wichtigkeit für die Ausmessung sind aber nicht gerade die hohen Grade der Beckenbeschränkung, indem sie leichter mit der Hand bestimmt werden können, und es gleichgültig für die Praxis ist

zu wissen ob z. B. die Conjugata einen halben oder ganzen Zoll messe: desto wichtiger ist es indessen zu wissen, ob dieser Durchmesser unter oder über drei Zolle beträgt, da von diesem Unterschiede ungemein viel rücksichtlich der Anzeige abhängt.

§. 865.

Ein anderes Verhältniss des Beckens, die Achse und die Neigung desselben, hat auch Veranlassung zur Erfindung mehrerer Instrumente und Vorrichtungen zur Ausmittelung desselben gegeben. Die vorzüglichsten sind von Stein d. ä. [1]), Osiander [2]), Kluge [3]) und Nägelé [4]). Für die Theorie sind diese Angaben allerdings von Wichtigkeit, weniger jedoch für die Praxis, für welche es in der Regel zureichend ist, durch Würdigung der äusseren Körperform und durch die Manualuntersuchung auszumitteln, ob das Becken mehr oder weniger als bei normaler Beschaffenheit geneigt ist.

[1]) No. 696a. Taf. 32. — 1970. Tab. III. fig. 16. — 2140. Taf. XI. —

Stein's Cliseometer ist ein trigonometrisches Instrument, mittelst dessen Anwendung auf die untere Apertur des Beckens der Erfinder deren Abweichung vom Horizonte und dadurch die Beckenachse finden will.

[2]) No. 696a. Taf. 32. — 1599. S. 89. —

Osiander's Neigungsmesser beruht auf der Voraussetzung, dass die Richtung der Schambeinfuge mit dem geraden Durchmesser des Beckeneinganges einen rechten Winkel bilde, also mit der Achse des Beckeneinganges parallel laufe.

[3]) No. 696a. Taf. 32. — 1836. B. XVII. S. 446. —

Kluge hat an Baudelocque's Compas d'épaisseur eine abwärts laufende Scale mit einem Lothe angebracht, um die Neigung des Beckens zu messen. Bei dem Gebrauche als Neigungsmesser muss der eine Knopf unter den Stachelfortsatz des vorletzten Lendenwirbels, und der andere an den oberen Rand der Schambeinvereinigung gesetzt werden, worauf das Loth die Neigung an dem Gradbogen angiebt.

[4]) No. 1530. —

Naegelé zieht ein Loth, befestigt an ein feines leinenes Bändchen, welches mit der Nagelspitze des Zeigefingers gegen den unteren Schamfugenrand und dann gegen die Steissbeinspitze mässig angedrückt wird, und wodurch das Verhältniss dieser Punkte zur Horizontalfläche beurtheilt werden kann, allen Messinstrumenten vor.

§. 866.

Um genaue Zeichnungen des Stammes und der Oberschenkel von Schwangeren, sowohl bei regelmässigem, als bei regelwidrigem Baue fertigen zu können, erfand Ritgen ein Umrissbrett.

Vergl. No. 696a. Taf. 21. 22. und 23. — 1432. B. II. S. 27. —

§. 867.

Um den Kopf und den Körper des Kindes während und nach der Geburt auszumessen, hat man verschiedene Instrumente und Verfahrungsweisen angegeben. Hierher gehören zunächst die Labimeter und Cephalometer von Stein d. ä. [1]), Aitken [2]), Busch d. ä. [3]) und Osiander [4]), wozu auch v. Frorieps Druckregulator [5]) gerechnet werden kann. Sie messen sämmtlich den Kopf in dem Durchmesser, mit wel-

chem er gerade im Querdurchmesser des Beckens steht. — Foulhioux [6]) schlägt vor, durch Ausmessung des zunächst im Becken vorliegenden Theiles des Kopfes des Kindes und eine darauf gegründete Proportionsberechnung die Durchmesser des Kopfes zu finden. — Zur Ausmittelung der Länge und Schwere des neugeborenen Kindes gab Stein d. ä. [7]) einen Baromakrometer, Osiander [8]) eine kleinere portabile Wage, und ein besonders für Gebäranstalten sehr brauchbares Werkzeug, unter dem Namen des Schwere- und Längenmessers an. — Die Durchmesser des Kopfes und der übrigen Theile des neugeborenen Kindes zu bestimmen, gab Stein d. ä. [9]) einen Kephalometer an; Baudelocque's Dickenmesser ist dazu sehr zweckmässig zu gebrauchen, so wie auch der Mécométre [10]), welcher in dem Hospice de la maternité zu Paris gebraucht wird. Siebold's [11]) transportabler Pädiometer ist eine Modification von Stein's Baromacrometer, in Verbindung mit einem Kephalometer.

[1]) No. 2148. — 2150. No. IX. S. 411. — [2]) No. 33. d. Uebersetz. S. 264. Tab. XVII. — [3]) No. 2031. B. II. — 2121. B. II. St. 1. S. 109. — [4]) No. 1592. B. I. Bogenz. 2. S. 282. — [5]) No. 2031. B. II. St. 1. — [6]) No. 696. B. XI. No. 237. — 1757ª. 1825. Aout. — [7]) No. 2144. — 2150. S. 105. — [8]) No. 1601ª. — [9]) No. 2144. — [10]) No. 247. S. 27. — [11]) No. 2043. —

Drittes Kapitel.

Von der künstlichen Eröffnung der Eihäute.

§. 868.

Die künstliche Eröffnung der Eihäute, das Wassersprengen, wird vorgenommen, um zu irgend einem geburtshülflichen Zwecke den Abfluss des Fruchtwassers zu bewirken, oder zur Ausführung einer Operation der Hand des Geburtshelfers den Eingang in die Höhle des Eies möglich zu machen.

§. 869.

Die Anzeigen für die künstliche Trennung der Eihäute sind: 1) wenn es nöthig ist, die Hand oder ein Instrument einzuleiten, um das Kind unmittelbar damit zu berühren, z. B. zur Ausführung der Wendung, zur Anlegung der Zange u. s. w.; 2) die Veranlassung der künstlichen Frühgeburt (§. 873.); 3) wenn durch Anordnung einer passenden Lage u. s. w. die Lageverbesserung des Kindes bewirkt worden ist, um nun den vorliegenden Kindestheil auf dem Beckeneingange zu fixiren; 4) wenn zu viel Fruchtwasser sich vor dem vorliegenden Kopfe oder Steisse befindet, um diesen zu fixiren; 5) wenn eine übereilte Geburt zu fürchten ist; 6) wenn die Eihäute so fest sind, dass die Blase bei tiefem Stande des Kopfes und vollkommener Eröffnung des Muttermundes bis zum Scheideneingange herabsteigt, ohne zu zerreissen; 7) wenn bei eben diesem Verhalten des Kopfes und des Muttermundes zu wenig Wasser vor dem Kopfe ist; 8) wenn

durch eine sehr grosse Menge Fruchtwasser eine solche Ausdehnung der Gebärmutter vorhanden ist, dass die Wehenthätigkeit dadurch unwirksam wird, oder sonstige Zufälle dadurch entstehen; 9) bei Blutfluss aus der Gebärmutter in der zweiten Geburtsperiode. — In den Fällen, in welchen es die Beschaffenheit der Anzeige zulässt, hat man das Wassersprengen vor der vollkommenen Eröffnung des Muttermundes zu vermeiden, indem eine regelmässige Geburt durch den zu früh bewirkten Abfluss des Fruchtwassers leicht zögernd und regelwidrig gemacht wird. — Die künstliche Eröffnung der Eihäute wird entweder mit der Hand oder mit Instrumenten vorgenommen. In allen Fällen, wo es anwendbar ist, ist die Hand dem Instrumente vorzuziehen.

§. 870.

Um den Wassersprung mit der Hand künstlich zu bewirken, wird ein oder zwei Finger, mit einer Fettigkeit bestrichen, in angemessener Lage der Kreissenden bei dem Eintritte einer Wehe in die Scheide geführt, und an die hervorragendste Stelle der Blase gesetzt: während nun die letztere durch die Wehe gespannt vorgetrieben wird, dringt der Finger mit einem raschen Drucke durch die Eihäute, vergrössert, ohne stark an denselben zu zerren, die gemachte Oeffnung, und wird darauf wieder zurückgeführt. — Bei schlaffer Blase, oder wo nur sehr wenig Fruchtwasser vor dem tiefstehenden Kopfe befindlich ist, reicht dieses Verfahren selten zu, sondern der Finger gleitet nach dem Kreuzbeine ab. In diesem Falle führt man einen Finger unter die vordere Lippe des Muttermundes und setzt denselben mit nach unten gerichteter Gefühl-

fläche an die höchste Stelle der Blase, und sobald diese durch die Wehe etwas erhoben wird, dringt der Finger mit einem raschen Drucke in der Richtung gegen das Kreuzbein in die Blase ein. Dieser Handgriff wird in vielen Fällen, welche die Anwendung eines Instrumentes erforderten, den Wassersprung bewirken. — Das Zerkratzen oder Zerkneipen der Blase mit den Nägeln ist zu verwerfen. — Wie die Hand bei der Wendung den Wassersprung vornehmen soll, wird bei dieser Operation gezeigt (§. 919).

§. 871.

Wenn der Wassersprung durch die Hand nicht bewirkt werden kann, so ist es nöthig, ein Instrument in Gebrauch zu ziehen. Man hat dazu Messerspitzige Scheeren, Stricknadeln und Sonden vorgeschlagen, von welchen jedoch höchstens die Sonde zulässig, aber nicht immer zureichend ist. Besondere Instrumente und Verfahrungsarten zu diesem Behufe haben Albucasem [1]), Aëtius [2]), Wiedemannin [3]), Fried [4]), Röderer [5]), Aitken [6]), Löffler [7]), Stein [8]), Osiander [9]), von Siebold [10]), Wenzel [11]), Ritgen [12]), Kluge [13]), und [14]) der Verfasser angegeben.

[1]) No. 45. —

[2]) No. 29. — 1970. S. 2. —
Er spannte die Eihäute mit einer Zange, und schnitt sie mit dem Scolopomachärion, einem kleinen Sichelmesser, auf.

[3]) No. 1970. S. 3. — 2403. —
Ein eiserner Haken mit einem hölzernen Stiele.

[4]) No. 674. — 1970. S. 3. —

Fried's verborgene Nadel besteht aus einer Röhre, in welcher eine spitzige Nadel befindlich ist, welche vorgeschoben und in die Eihäute eingestochen wird. Um die dabei leicht mögliche Verletzung der Frucht zu vermeiden, räth Thebesius die Eihäute zwischen zwei Fingern in eine Falte zu bilden und diese einzustechen.

[5]) No. 1486. Taf. 45. fig. 3. — 1684. — 1970. S. 4. — 2204. —

Roederer brachte an Fried's verborgener Nadel eine Spiralfeder an, welche das Zurückspringen derselben nach dem Gebrauche veranlasst.

[6]) No. 33. — 1970. S. 5. —

Ein Fingerhut, auf welchem eine gekrümmte Scalpellspitze angebracht ist.

[7]) No. 1325a. B. II. S. 103. — 1970. S. 4. —

Eine nach dem Zeigefinger gebogene elastische Stahl- oder Silberplatte, welche der Länge nach an denselben gelegt, sich fest anschliesst. aus ihrer Seite geht eine Spitze von einigen Linien Länge heraus, und an dem Ende des einen Schenkels befindet sich ein Loch, durch welches eine Schnur gezogen wird, um nach gemachtem Wassersprunge das Instrument, welches mit dem Daumen von dem Finger abgedrückt wird, daran herauszuziehen.

[8]) No. 1970. S. 5. — 2140. Tab. I. fig. 2. 3. —

Ein silberner Ring, an welchem eine stumpfspitzige silberne Nadel befindlich ist: der Ring wird an das zweite Glied des Zeigefingers geschoben, so dass die Nadel auf der Nagelfläche liegt und nur wenig hervorragt; der Mittelfinger wird zum Decken der Spitze darüber gelegt und so das Instrument an die Eihäute geführt, wo die Spitze entblösst und in dieselben eingestossen, dann wieder bedeckt und zurückgeführt wird.

[9]) No. 1592. B. I. — 1970. S. 6. und 7.

Osiander hat drei verschiedene Wassersprenger angegeben. Der erste ist Stein's Wassersprenger, an welchem der Ring offen gelassen ist, um ihn weiter und enger stellen zu können, und die Spitze hakenförmig gebogen ist. — Der zweite bestand in einer Stahlspitze, welche an dem unteren Ende des Wendungsstäbchens angebracht war; diesen Wassersprenger verwarf der Erfinder bald selbst, wegen der mit seiner Anwendung verbundenen Gefahr. — Der dritte besteht in einem Haken, welcher mit einer Feder an einem acht Zoll langen Stahlstäbchen angebracht und mit einem schiebbaren Spitzendecker versehen ist.

[10]) No. 2046. B. II. §. 374.

Siebold bediente sich einer gekrümmten Nabelschnurscheere, welche an ihrer äussersten Spitze mit einem kleinen aufwärts gerichteten Häkchen versehen ist, das jedoch nicht verdeckt werden kann.

[11]) No. 2391.

Wenzel gab diesen Wassersprenger zur Ausübung der künstlichen Frühgeburt an: er besteht aus einer in der Form eines Catheters nach der Beckenkrümmung gebogenen silbernen Röhre, in welcher eine Trocartförmige Nadel verborgen liegt.

[12]) No. 1778.

Eine sanft gebogene silberne Röhre von eilf Zoll Länge und drei Linien Dicke, an der Spitze in eine Grube von drei Linien Tiefe eingedrückt, durch welche eine $\frac{1}{2}$ Strich dicke stählerne Spitze sich bis zwei Strich über das Ende der Röhre vorschieben lässt. Im Innern der Röhre lauft ein Silberdraht, welcher einerseits in die stählerne Spitze, anderseits in einen luftdicht schliessenden Stempel übergeht. Ein daran befindliches Röhrchen endet in einen Behälter zum Auffangen des Fruchtwassers,

eine andere Röhre dient zum Ansaugen der vorderen Spitze der Röhre an die Fruchtblase mittelst des Mundes. — Später hat der Erfinder eine Saugspitze an dem Instrumente angebracht und den Behälter zur Aufnahme des Fruchtwassers weggelassen. Das Instrument soll auch dazu dienen, das Fruchtwasser wiederholt in kleinen Quantitäten mit demselben wegzunehmen.

[13]) No. 1432. B. II. S. 142.

Kluge's Instrument besteht in Ritgen's Röhre u. s. w., welche auf eine Mutterspritze aufgeschraubt, und so mit dieser, statt mit dem Munde, die Fruchtblase angesaugt wird.

[14]) Des Verfassers Wassersprenger ist eine Nachahmung des Siebold'schen: eine sanft gebogene Nabelschnurscheere, welche schmal und dick, und so gerundet ist, dass sie geschlossen so glatt wie eine Sonde ist, hat an der Spitze des einen Blattes ein kurzes stumpfschneidendes Häkchen, welches in eine Rinne des anderen Blattes so eingeschliffen ist, dass es bei geschlossener Scheere gänzlich verborgen ist.

§. 872.

Da der Eihautstich zur Bewirkung der künstlichen Frühgeburt an seinem Orte (§. 879) beschrieben wird, so ist hier nur die Anwendung des Wassersprengers in gewöhnlichen Fällen anzugeben. Zwei Finger der linken Hand werden bei angemessener Lage der Kreissenden, wohl beölt in die Mutterscheide geführt und in der Mitte des Muttermundes an die Eihäute gesetzt. Die rechte Hand führt den erwärmten und beölten Wassersprenger in der hohlen linken Hand in die Mutterscheide, und an dem Mittelfinger dieser Hand hinauf, bis die stumpfe Spitze des Instrumentes vor der Gefühlfläche des Mittelfingers an der Blase steht: über

dem Instrumente liegt der Zeigefinger. Nun öffnet man mit der rechten Hand die Scheere um einige Linien und macht mit dem schneidenden Häkchen, unter Leitung der in der Mutterscheide liegenden Finger, eine hinreichend grosse Oeffnung in die Eihäute, worauf man das Instrument wieder schliesst, und in der hohlen Hand herausführt. Mit Ausnahme des Stein'schen und ähnlicher Wassersprenger, müssen alle anderen auf gleiche Weise unter sorgfältiger Leitung der vorher eingebrachten Finger der andern Hand angewendet werden.

Vergl. No. 849. — 1385. — 1778. — 1916. —

Viertes Kapitel.

Von der künstlichen Frühgeburt.

§. 873.

Die künstliche Frühgeburt (*Accouchement provoqué*) ist das Kunstverfahren, durch welches die Gebärmutter veranlasst wird, das Kind vor dem gesetzlichen Geburtstermine und der vollständigen Entwickelung seines Körpers, jedoch zu einer Zeit, welche dasselbe als lebensfähig geboren werden lässt, auszuschliessen. Der Zweck derselben ist, eines Theils den Eintritt der Geburt wegen übeler Zufälle der Schwangeren früher zu veranlassen, anderen Theils und vorzüglich die Geburt mit Erhaltung des Kindes bei einem beschränkten Becken möglich zu machen. Als Mittel, um diesen

Vorgang zu bewirken, sind vorgeschlagen worden: Erregung der Wehenthätigkeit durch innere Arzneimittel oder durch Frictionen des Muttergrundes, Einspritzungen, lauwarme Bäder, Erweiterung des Muttermundes mittelst des eingeführten Fingers oder eines Stückes Pressschwamm, Lostrennung der Eihäute an dem Umfange des Muttermundes und der Eihautstich: der letztere ist unter allen das sicherste Mittel, er wird aber mit Nutzen mit verschiedenen der übrigen Mittel verbunden. — Der Vorschlag zu diesem Verfahren wurde zuerst von Cooper im Jahr 1769 gemacht, fand jedoch ausserhalb England keinen Beifall, bis die Anwendung desselben in der neuesten Zeit vorzüglich in Deutschland cultivirt und gewürdigt wurde.

§. 874.

Die Anzeigen zu der künstlichen Frühgeburt sind: 1) Beckenbeschränkung von $3\frac{1}{2}$ bis zu 3 Zoll, höchstens bis zu $2\frac{3}{4}$ Zoll, in dem kleinsten Durchmesser des Beckens; 2) bedeutende dynamische oder organische krankhafte Zustände der Schwangeren, welche keinem Heilverfahren weichen, und bei längerer Fortdauer der Schwangerschaft dem Leben der Schwangeren und der Frucht Gefahr drohen, z. B. Convulsionen, Gebärmutterbruch u. s. w. Als nothwendige Bedingungen bei diesen Anzeigen wird vorausgesetzt: *a*) Abwesenheit allgemeiner oder örtlicher Krankheiten, welche den Vorgang stören könnten; *b*) richtige Diagnose der Beckenverhältnisse; *c*) richtige Diagnose des Termines der Schwangerschaft; *d*) lebendes Kind; *e*) Lage des Kindes mit dem Kopfe, dem Steisse oder den Füssen über dem Muttermunde; *f*) Abwesenheit solcher Zustände, welche die schleunige Entbindung anzeigen. —

Verboten ist die Anwendung der künstlichen Frühgeburt bei einem Becken, dessen kleinster Durchmesser weniger als $2\frac{3}{4}-3$ Zoll misst, und rücksichtlich der Zeit der Anwendung, vor dem Ende der 28ten und nach der 36ten Schwangerschaftswoche. Bei grösserer Beckenbeschränkung wählt man einen möglichst frühen Zeitpunkt zu der Operation, bei geringerer Beckenbeschränkung einen späteren Zeitpunkt innerhalb des angegebenen Zeitraumes, und sucht vorzüglich die Tage zu treffen, an welchen im nichtschwangeren Zustande die Menstruation eingetreten wäre.

§. 875.

Die Prognose ist sowohl für die Mutter als auch für das Kind nicht gleichgültig. Je weniger vorbereitet der mütterliche Körper auf diese Störung des Bildungslebens, und je empfindlicher die Constitution desselben gegen äussere Eindrücke ist, desto stärkere Zufälle sind zu erwarten, unter welchen starker Schüttelfrost mit darauf folgender Hitze, Irrereden und selbst äussere Krämpfe die gewöhnlichsten sind: demungeachtet wird nur selten eine durch die künstliche Frühgeburt Entbundene ihr Leben verlieren, so dass die Ursache davon allein in diesem Vorgange zu suchen ist. Für das Kind ist die Prognose etwas ungünstiger, indem bei längerer Verzögerung der Geburt nach der Entziehung des Fruchtwassers das Leben des Kindes gefährdet wird, und selbst für das lebend, aber zu früh, geborene Kind die Wahrscheinlichkeit der Erhaltung weit geringer ist, als für das zu rechter Zeit geborene. Wenn daher die Gefahr bei der künstlichen Frühgeburt auch nicht so hoch angeschlagen werden kann, wie dieses von Einigen geschieht, so

muss sie doch immer noch hoch genug angeschlagen werden, um gegen die zu häufige Anwendung derselben ohne hinreichende Anzeige, wie sie von Anderen empfohlen wird, zu warnen.

§. 876.

Die Bewirkung der künstlichen Frühgeburt durch Frictionen des Muttergrundes, lauwarme Bäder oder Einspritzungen hat nicht leicht den gewünschten Erfolg; doch ist es nützlich, dieselben als vorbereitende Mittel mehrere Tage lang zu gebrauchen. Auf gleiche Weise ist es als Vorbereitung nützlich, die Oeffnung des Muttermundes mit der Fingerspitze mehrere Tage vorher zu reizen und zu eröffnen, und selbst zu versuchen, die Eihäute nach Davis, Hamilton und Conquest, von dem Umfange des Muttermundes mittelst des Fingers loszutrennen, oder nach Merriman, Kluge und Siebold durch eingeführten Pressschwamm den Muttermund zu reizen und zu erweitern, wodurch allein in manchen Fällen die Frühgeburt bewirkt wird. In den meisten Fällen wird jedoch der Eihautstich vorgenommen werden müssen, welchen man mit einer Sonde, oder mit Wenzel's Wassersprenger, oder mit Ritgen's oder Kluge's Stechsauger ausführen kann (§. 871).

§. 877.

Nachdem einige Tage hindurch täglich ein lauwarmes Bad gebraucht und lauwarme Injectionen von Chamillenaufguss in die Mutterscheide gemacht worden sind, auch der Muttergrund einige Mal täglich kreisförmig sanft gerieben worden ist, wird, in der Rückenlage der Schwangeren, ein konisches Stück

Pressschwamm von etwa zwei bis drei Zoll Länge und am dünneren Ende zwei, am dickeren Ende, an welchem ein Faden befestigt ist, drei Linien Dicke, mit Cerat bestrichen, mit einer schmalen, sanft gekrümmten Zange gefasst und unter Leitung des beölten Zeigefingers der linken Hand, welcher den Muttermund fixirt, in den letzteren sanft eingeführt, losgelassen, und die Zange vorsichtig zurückgeführt: der linke Zeigefinger drückt dann den Pressschwamm so hoch in den Mutterhals hinauf, dass sein dickeres Ende in den Lippen des Muttermundes stehet; in die Scheide wird ein Stück Waschschwamm, etwa von der Grösse eines Gänseeies, welches in Chamillenaufguss ausgedrückt ist, auch mit Fäden versehen, mit derselben Zange eingeführt und vor den Muttermund angedrückt. Die Fäden werden äusserlich durch Klebepflaster befestigt. Am folgenden Tage wird der Waschschwamm und der Pressschwamm mittelst der Fäden vorsichtig herausgenommen, eine lauwarme Injection gemacht und ein neues, etwas dickeres Stück Pressschwamm auf die angegebene Weise eingeführt, welches nach den Umständen am zweiten Tage noch einmal wiederholt wird. Während dieser Zeit muss das Bett gehütet und eine etwas eingeschränkte Diät, mit Vermeidung consistenter Speisen, beobachtet werden.

§. 878.

Wenn bei diesem Verfahren in den nächsten zwei bis drei Tagen Wehen eintreten und die Geburtsthätigkeit sich vollkommen entwickelt, so wird der Schwamm und der Pressschwamm gänzlich entfernt und die Geburt abgewartet. Es ist dieses ein günstiges Ereigniss, weil alsdann der Wassersprung erst zur gehöri-

ger Zeit erfolgt. Wenn aber zwar von Zeit zu Zeit Wehen eintreten, ohne jedoch die Geburt erfolgen zu lassen, so muss der Eihautstich vorgenommen werden, nachdem vorher der Mastdarm und die Urinblase entleert worden sind.

§. 879.

Man führt den beölten Zeigefinger in die Mutterscheide und fixirt mit demselben den Mutterhals und den Muttermund: mit der rechten Hand bringt man eine etwas gekrümmte silberne Sonde, oder Wenzel's Wassersprenger nach der Leitung des Zeigefingers der linken Hand, erwärmt und beölt, in den Muttermund, und sprengt die Wasserblase, indem man das Instrument sanft gegen sie andrückt, wobei man sich hütet, sowohl den Mutterhals, als auch den etwa vorliegenden Theil des Kindes zu verletzen. Sobald das Fruchtwasser abzufliessen anfängt, zieht man den Finger und das Instrument vorsichtig zurück. — Oder man wendet Ritgen's Stechsauger an, indem man kleine Quantitäten des Fruchtwassers wiederholt mit demselben auszieht: die Einführung dieses Instrumentes geschieht auf gleiche Weise, wie bei den übrigen.

§. 880.

Nach dem Wassersprunge lässt man die Schwangere eine horizontale Lage auf dem Rücken oder der Seite beobachten, und wartet nun den Eintritt der Geburt ab, welche gemeiniglich zwischen den nächsten vierundzwanzig und achtundvierzig Stunden, seltener nach fünf bis zwölf Stunden, zuweilen aber erst nach fünf bis fünfzehn Tagen erfolgt. Die etwa eintretenden Zufälle werden nach den Regeln behandelt, wobei gegen

das zuweilen beobachtete Fieber eine Mohnsamenemulsion mit Mandelwasser oder Hyoscyamusextract die besten Dienste leistet: in seltenen Fällen kann ein Aderlass nöthig werden. — Das Kind bedarf eine besonders sorgfältige Pflege.

§. 881.

Als übele Ereignisse bei der Bewirkung der künstlichen Frühgeburt können folgende vorkommen: 1) Irrthum in der Bestimmung der Raumverhältnisse des Beckens, so dass dieselben entweder zu beschränkt, unter $2\frac{3}{4}$ Zoll, oder zu günstig, über $3\frac{1}{2}$ Zoll in dem kleinsten Durchmesser sind; 2) Irrthum in der Bestimmung der Zeitrechnung der Schwangerschaft, so dass die Geburt entweder zu früh, als Abortivmittel, oder zu spät, bei schon zu weit ausgebildetem Kinde, bewirkt wird; 3) Reizlosigkeit und feste Verschliessung des Mutterhalses, so dass weder durch den Pressschwamm die Erweiterung desselben, noch durch das Instrument die Eröffnung der Eihäute bewirkt werden kann (?); 4) Verletzung des Mutterhalses oder des vorliegenden Kindestheils; 5) regelwidrige Lage des Kindes; 6) lange Verzögerung der Geburt und Tod des Kindes; 7) bedeutende fieberhafte und krampfhafte Zufälle der Mutter.

Vergl. No. 191. St. 1. S. 1. 1825. — 325. — 488. — 851. — 857. — 922. 1827. April. S. 482. — 1097. Vol. XIX. XX. XXI. — 1079. B. II. S. 290. — 1147. — 1187. — 1371. — 1382. — 1432. B. III. S. 26. — 1444. — 1614. — 1675. — 1704. — 1747. — 1916. — 1917. — 2003. S. 228. — 2040. B. VII. St. 1. S. 30. fig. 1. 2. — 2243. Vol. III. 1823. pag. 123. — 2258. — 2391. — 2424. —

2465. B. I. H. 2. S. 281. B. III. H. 1. S. 54. —
2466. 1822. B. I. S. 391. —

Fünftes Kapitel.

Von der Wendung.

§. 882.

Die Wendung (*versio, versionis negotium*) ist die geburtshülfliche Operation, durch welche statt des bei der Geburt vorliegenden Theiles des Kindes ein anderer in den Muttermund und in den Beckeneingang geführt und dadurch bewirkt wird, dass die Längenachse der Frucht in die Achse des Uterus und des Beckeneinganges fällt.

§. 883.

Rücksichtlich des Zweckes wird die Wendung ausgeführt als Lageverbesserungsact oder als Beschleunigungsact der Geburt. In dem ersten Falle besteht der Zweck darin, die regelwidrige Kindeslage so zu verbessern, dass die Ausschliessung des Kindes durch die Geburtsthätigkeit möglich wird; daher ist, bei übrigens gleichen Umständen, mit der Einleitung des betreffenden Kindestheiles in den Muttermund und Verbesserung der Lage des Kindes die Operation beendigt; in dem zweiten Falle dient die Wendung nur dazu, das Kind in eine Lage zu bringen, in welcher es bequem ausgezogen werden kann. In manchen Fällen finden beide Verhältnisse zugleich statt.

§. 884.

Die Wendung wurde nach Hippocrates nur als Wendung auf den Kopf ausgeführt, nach Celsus auch als Wendung auf die Füsse, wenn die letzteren in der Nähe des Muttermundes lagen; nach Philumenus wurde die Wendung auf die Füsse zuerst auch bei vorliegendem Kopfe vorgenommen und empfohlen. Nach dieser Zeit findet man bei den arabischen Schriftstellern, ferner bei Albertus Magnus, Eucharius Rösslin und allen Anderen bis auf Ambros. Paraeus nur die Wendung auf den Kopf erwähnt, bis der letztere die Wendung auf die Füsse wieder aufnahm; doch wurde sie von ihm und Guillemeau noch neben der Wendung auf den Kopf angewendet, und erst Mauriceau empfahl die Wendung auf die Füsse allein. In den neuesten Zeiten wendet man in einzelnen Fällen wieder mit Nutzen die Wendung auf den Kopf an.

§. 885.

Die Wendung kann bewirkt werden: 1) durch begünstigende Lage der Kreissenden und äussere Handgriffe; 2) durch die Einführuug des Kopfes in den Muttermund mittelst innerer Handgriffe; 3) durch die Einleitung des Steisses mittelst innerer Handgriffe; 4) durch die Einführung eines oder beider Füsse in den Muttermund mittelst innerer Handgriffe, mit oder ohne Ausziehung des Kindes an den Füssen; 5) durch die Kräfte der Geburtsthätigkeit als Selbstwendung. In Beziehung auf den angegebenen Zweck (§. 883) kann nur die Wendung auf die Füsse als Beschleunigungsact der Geburt angewendet werden, welche aber, eben so wie die übrigen Arten der Wen-

dung, auch als Lageverbesserungsact häufig ihre Anzeige finden kann.

§. 886.

Die Anzeigen der Wendung als Lageverbesserungsact sind: 1) alle regelwidrigen Kindeslagen; es ist dieses bei dem gegenwärtigen Stande der Geburtskunde bei Weitem die häufigste Anzeige; 2) die regelwidrigen Stellungen des Kindeskörpers, wenn durch dieselben das Eintreten des regelmässig vorliegenden Kindestheiles in das Becken gehindert wird, z. B. ein Arm neben dem Kopfe u. s. w.

§. 887.

Die Anzeigen der Wendung als Beschleunigungsact der Geburt sind: 1) von Seiten der Mutter: allgemeine Schwäche, allgemeine Krankheiten, Ohnmachten, Convulsionen, Gefahr der Erstickung, heftiges, anhaltendes Erbrechen, Blutflüsse aus den Geschlechtstheilen oder aus anderen Organen, Brüche, welche eingeklemmt sind, oder Einklemmung drohen, Mangel oder Schwäche der Wehen, Entzündung des Uterus, Ruptur desselben oder der Mutterscheide. In allen diesen Fällen kann das Kind in der besten Lage und Stellung auf dem Becken stehen, und um die Mutter oder das Kind oder beide zu retten, ist es nöthig die Füsse einzuleiten und das Kind an denselben auszuziehen. Es wird daher vorausgesetzt, dass wenn der vorliegende Kopf bereits so stehet, dass derselbe mit der Zange gefasst werden kann, diese letztere stets der Wendung als Beschleunigungsact der Geburt vorzuziehen ist. Auf gleiche Weise wird vorausgesetzt, dass entweder die inneren Mittel u. s. w. mit hinreichender Ausdauer

vergeblich angewendet worden sind, oder dass die Gefahr so dringend ist, dass von der Anwendung derselben keine Hülfe zu erwarten, sondern vielmehr nur die Gefahr der Versäumniss der angemessenen Operationszeit zu fürchten ist. — 2) Von Seiten der Frucht: Vorfall der Nabelschnur oder Abreissen derselben, frühzeitige Lösung der Placenta, besonders bei dem zweiten Zwillingskinde, und Sitz der Placenta auf dem Muttermunde.

§ 888.

Gegenanzeigen der Wendung sind: 1) enges Becken; wenn der kleinste Durchmesser des Beckens weniger als 3½ Zoll hält, so ist die Wendung als Beschleunigungsact der Geburt verboten, als Lageverbesserungsact der regelwidrigen Kindeslage bleibt sie indessen auch hier noch angezeigt bis zu drei Zoll herab, wo die Anzeige zur Kaisergeburt eintritt; 2) feste Zusammenziehung des Uterus um das Kind und Entzündung des Muttergrundes verbieten die augenblickliche Anwendung der Operation wegen der Gefahr der Ruptur, und gebieten vielmehr eine vorbereitende Behandlung vor der Ausführung derselben; 3) weit vorgeschrittene Selbstwendung dritter Art; 4) Geburt des Kindes vor der 29ten Schwangerschaftswoche.

§. 889.

Die Prognose bei der Wendung ist nach der Art der Anwendung derselben verschieden. Bei der Wendung durch Lage der Kreissenden und äussere Handgriffe ist dieselbe am günstigsten, und wenn die Anzeige dieser Wendungsart die richtige war und die Grenzen derselben nicht überschritten wurden, so ist

dieselbe im Allgemeinen für Mutter und Kind günstig; nur darf nicht übersehen werden, dass sie in vielen Fällen fruchtlos angewendet wird, und dass starke äussere Manipulationen und längere Fortsetzung derselben über ihre bestimmten Grenzen leicht den frühen Wasserabfluss mit seinen Nachtheilen zur Folge hat. Bei der Wendung auf den Kopf ist die Prognose im Allgemeinen günstig, wenn die Anzeige dieser Wendungsart nicht überschritten wurde, da die Umstände, welche diese Operationsart zulassen, das Verhältniss der Mutter im Allgemeinen günstiger finden lassen und die Verwandlung der Kindeslage in eine Kopflage alle die Vortheile der letzteren für das Kind eintreten lässt. Von der Prognose der Wendung auf den Steiss gilt im Allgemeinen das Nämliche. — Die Wendung auf die Füsse ist hingegen für die Mutter und das Kind weit ungünstiger; für die Mutter, weil sie vollkommene und gemeiniglich tiefe Einführung der Hand in die Gebärmutter voraussetzt, welches immer, jedoch unter manchen Umständen ganz vorzüglich, einen bedeutenden Eindruck hervorbringt, besonders bei grosser Reizbarkeit, Spannung oder Entzündung der Gebärmutter; für das Kind hat aber dieselbe, ausser den Gefahren der Fussgeburt (§. 285.), noch die Gefahr der zuweilen schwierigen Umwendung desselben in der Gebärmutter, und die Gefahr der Extraction, wenn dieselbe angezeigt ist. Günstiger ist sie im Allgemeinen bei einer Mehrgebärenden, als bei einer Erstgebärenden; günstiger bei vollkommener Eröffnung des Muttermundes und Entwickelung der Geburtsthätigkeit, als früher oder später, oder bei krampfhafter Zusammenschnürung der Gebärmutter; günstiger bei noch ste-

hendem, als bei abgeflossenem Fruchtwasser; günstiger endlich bei näherer Lage der Füsse am Muttermunde.

§. 890.

Die Bestimmung des Zeitpunktes zur Ausführung der Wendung ist sehr verschieden, je nachdem es die Umstände gebieten: es ist hierbei die Zeit der Wahl und die Zeit der Nothwendigkeit zu unterscheiden. Wenn die Zeit der Wahl ihre Anzeige findet, wenn also der Geburtshelfer frühe genug herbeigerufen wurde und die Umstände es gestatteten, den angemessensten Zeitpunkt abzuwarten, so ist unstreitig die grösstmöglichste Erweiterung und Erweichung des Muttermundes, bei angemessener Entwickelung der Geburtsthätigkeit, und ehe das Fruchtwasser abgeflossen ist, also das Ende der zweiten Geburtsperiode, die beste Zeit zur Wendung, wobei zugleich die vorhergehende Beseitigung etwaiger abnormer Aeusserungen der Geburtsthätigkeit durch innere Mittel u. s. w. vorausgesetzt wird. Die Zeit der Nothwendigkeit lässt indessen die Operation bald früher, bald später, als zu dem angegebenen Zeitpunkte, vornehmen, wenn entweder gefahrdrohende Umstände, z. B. Blutsturz bei dem Sitze der Placenta auf dem Muttermunde, die Operation vor gehöriger Eröffnung des Muttermundes gebieten, oder nach versäumter Wendung bei regelwidriger Kindeslage der Uterus so fest um das Kind zusammengezogen ist, dass vorher Mittel angewendet werden müssen, um denselben zu erschlaffen und der Hand zugänglich zu machen.

I. Von der Wendung durch die Lage der Kreissenden und äussere Mittel bewirkt.

§. 891.

Diese Wendungsart ist nur in den beiden ersten Geburtsperioden und nur in den Fällen in Gebrauch zu ziehen, in welchen eine Lageverbesserung des Kindes vorgenommen werden soll. Wenn der Geburtshelfer in der ersten Geburtsperiode hinzugerufen wird, und die regelwidrige Kindeslage erkennt, soll daher immer diese Wendungsart so lange versucht werden, bis sie entweder gelingt, oder unterdessen die rechte Zeit zur Wendung durch innere Handgriffe herbeigekommen ist. Zuweilen lässt sich dieselbe auch schon in der letzten Zeit der Schwangerschaft anwenden. Niemals aber soll sie nach abgeflossenem Fruchtwasser oder am Ende der zweiten Geburtsperiode in Anwendung gebracht und dadurch vielleicht der beste Zeitpunkt zur Wendung durch innere Handgriffe versäumt werden.

§. 892.

Nachdem man die Kreissende in einer flachen Rückenlage mit erhöhetem Becken und Schultern und möglichst erschlafften Bauchdecken äusserlich untersucht und erforscht hat, in welcher Seite des Uterus das höchstgelegene und in welcher Seite das tiefstgelegene Rumpfende des Kindes, Kopf oder Steiss, befindlich ist, lässt man dieselbe eine vollkommene Seitenlage auf der Seite einnehmen, auf welcher das tiefstgelegene Rumpfende des Kindes gefunden wurde, und unterstützt die unterste Stelle des Bauches auf dieser Seite vorsichtig mit einem Polster, um das betreffende Rumpfende des Kindes vorsichtig gegen den

Beckeneingang zu erheben. Im gewöhnlichen Falle unterstützen sanfte Frictionen des Gebärmuttergrundes den glücklichen Fortgang des Unternehmens sehr: bei regelwidriger Formation der Gebärmutter, z. B. durch partiellen Krampf, wird indessen die gleichzeitige Anwendung angemessener innerer Mittel geboten.

§. 893.

Wenn nach einiger Zeit durch die innere Untersuchung erkannt wird, dass der Kopf oder Steiss des Kindes sich über dem Beckeneingange befindet, so wartet man nur so lange ab, bis der Muttermund sich einigermassen erweitert hat, und nimmt alsdann den künstlichen Wassersprung vor, um den vorliegenden Theil auf dem Beckeneingange zu fixiren. Zwei Finger bleiben nach dem Wassersprunge noch einige Zeit im Muttermunde liegen, um den vorliegenden Theil zu bewachen, während die andere Hand durch sanfte Frictionen des Muttergrundes Contractionen der Gebärmutter hervorzurufen und das Kind in seiner Lage zu befestigen strebt. Die Ausschliessung des Kindes wird nun der Naturthätigkeit überlassen und nur dann operative Hülfe zur Ausziehung desselben angewendet, wenn die letztere durch besondere Anzeigen geboten wird.

Vergl. No. 334. — 1079. B. I. S. 286. — 1778. — 2413. — 2414. —

II. Von der Wendung auf den Kopf.

§. 894.

Die Wendung auf den Kopf ist das operative Verfahren, durch welches mittelst der in die Gebärmutter eingeführten Hand des Geburtshelfers der Kopf des

regelwidrig gelagerten Kindes über den Muttermund und den Beckeneingang gebracht und so die Möglichkeit gegeben wird, dass das Kind durch die Kräfte der Natur ausgeschlossen werden kann. Sie kann nur in den Fällen ihre Anzeige finden, in welchen eine regelwidrige Kindeslage zu verbessern ist, und nur vor dem Abflusse des Fruchtwassers, oder wenigstens nach abgeflossenem Fruchtwasser nur so lange, als die wenig zusammengezogene Gebärmutter den Körper des Kindes leicht beweglich finden lässt: grössere Menge des Fruchtwassers begünstigt die Ausführung ungemein. Es wird dabei vorausgesetzt, dass der Kopf des regelwidrig gelagerten Kindes dem Muttermunde näher ist, als die Füsse oder der Steiss, dass kein Umstand gleichzeitig vorhanden ist, welcher Beschleunigung der Geburt gebieten könnte, und dass die Beckenverhältnisse den Durchgang des Kindes überhaupt gestatten. Hieraus gehet hervor, dass die Wendung auf den Kopf im Allgemeinen seltener angezeigt gefunden wird, als die Wendung auf die Füsse, obgleich wegen der günstigen Prognose (§. 889) ihre möglichst ausgebreitete Anwendung bei vorhandener Anzeige sehr zu empfehlen ist. Ueberschreitung der Anzeigen macht diese Operation für Mutter und Kind gefährlich und daher verwerflich.

§. 895.

Der Zeitpunkt, wann die Wendung auf den Kopf vorgenommen werden soll, ist das Ende der zweiten Geburtsperiode, wenn die Mutterscheide hinreichend entwickelt, der Muttermund vollkommen erweitert und erweicht, und der Wassersprung noch nicht eingetreten ist. Will man nach dem Wassersprunge noch diese

Wendungsart versuchen, so muss das Kind noch hoch und beweglich stehen, und der Uterus noch nicht fest um dasselbe zusammengezogen seyn.

§. 896.

Die Vorbereitungen zu der Wendung auf den Kopf sind die nämlichen, wie bei der Wendung auf die Füsse (§. 909); das Geburtslager soll stets das Querbett (§. 910) seyn, oder wenn besondere Umstände es wünschenswerth finden lassen, die Operation in dem gewöhnlichen Bett oder auf einem Sopha vorzunehmen, so ist es nothwendig, dass durch Polster das Becken um 10 — 12 Zoll über der Fläche des Lagers erhöhet ist; doch ist das Querbett vorzuziehen. — Die Wendung auf den Kopf kann auf dreifache Weise vorgenommen werden: durch Einleitung des Kopfes in den Beckeneingang mittelst innerer Handgriffe, durch Aufrichtung des unteren Theiles des Rumpfes mittelst innerer Handgriffe, und durch Herableiten des auf dem Beckenrande feststehenden Kopfes mittelst des Hebels. Der Vorschlag durch Zurückstossen des vorliegenden Theiles des übelgelagerten Kindes, und Erwarten, dass nun der Kopf herabkommen soll, die Wendung vorzunehmen, ist durchaus verwerflich.

1. Wendung auf den Kopf durch Einleitung desselben in den Beckeneingang mittelst innerer Handgriffe.

§. 897.

Diese Wendungsmethode findet eine weit allgemeinere Anzeige als die beiden andern Methoden, indem sie in allen Fällen, in welchen bei hochstehendem Kinde und hinreichender Menge des Fruchtwassers die Lage

des ersteren verbessert werden soll, vorzüglich zu empfehlen ist. Sie ist zugleich für die Mutter und für das Kind leicht zu ertragen und in der Regel ist der Ausgang für beide günstig. — Man nimmt sie in einer flachen Rückenlage der Kreissenden vor; doch kann man auch die Seitenlage wählen.

§. 898.

Der Geburtshelfer knieet auf einem Knie oder sitzt auf einem niedrigen Stuhle vor dem Querbett, oder sitzt auf dem Rande des gewöhnlichen Bettes und führt die Hand, welche der Gebärmutterseite, in welcher der Kopf des Kindes liegt, entspricht, wohl beölt und conisch zusammengelegt mit dem Querdurchmesser derselben in dem geraden Durchmesser des Beckenausganges, sanft drehend in die Mutterscheide, einige Zeit nach dem Aufhören einer Wehe, während die andere Hand oder ein Gehülfe den Muttergrund befestigt. Die Hand dringt nun unter sanften Drehungen und indem ihre Rückenfläche sich nach der hinteren Wand des Beckens richtet, weiter durch den Muttermund, und es ist wünschenswerth, dass der Wassersprung vermieden wird, bis der breiteste Theil der Mittelhand durch denselben gegangen ist. Nun untersucht man noch einmal die Lage des Kindes, sprengt die Wasserblase möglichst nahe an dem Kopfe des Kindes und dringt mit vorsichtiger Eile mit der Hand in die Höhle des Eies gegen den Kopf vor, so dass der Vorderarm den Muttermund und die Mutterscheide verschliesst und den Abfluss des Fruchtwassers verhindert. Man umfasst den Kopf mit vier Fingern, während der Daumen bereit ist, einen etwa neben dem Kopfe liegenden Arm des Kindes zurückzuhalten, und führt den

Kopf, unter zurückgehender operirender Hand und nunmehr nachfliessendem Fruchtwasser leicht und ohne alle Gewalt auf den Beckeneingang; man hat rücksichtlich der dem Kopfe zu gebenden Stellung nur darauf zu achten, dass er mit der Pfeilnaht ungefähr in den Querdurchmesser des Beckeneinganges zu stehen kommt und vermeidet in dieser Rücksicht streng alle operativen Künsteleien. Darauf zieht man die Hand bis auf zwei Finger aus den Geschlechtstheilen zurück, welche man noch einige Zeit liegen lässt, um den Kopf des Kindes zu bewachen, und zu beobachten, ob derselbe seine angenommene Stellung behält.

§. 899.

Wenn die Gebärmutter sich nur langsam zusammenzieht, so macht man kreisförmige Reibungen des Muttergrundes, und wenn der Uterus schief nach einer Seite liegt, so lässt man die Kreissende nunmehr eine angemessene Seitenlage annehmen, während man öfters untersucht, ob der Kopf nicht zurückgewichen ist. Abweichungen der Wehenthätigkeit werden durch Anwendung der angezeigten inneren Mittel u. s. w. beseitigt, und höchst selten wird wohl die Zange nöthig werden, um die Geburt zu beendigen. Die Geburt erfolgt gewöhnlich binnen einer halben bis acht Stunden nach vorgenommener Wendung, bei dem zweiten Zwillingskinde zuweilen schon nach zehn Minuten.

§. 900.

Uebele Ereignisse bei dieser Wendungsmethode sind: *a)* Schwierigkeit, den Kopf von dem Beckenrande herabzubringen; man erhebt alsdann den Kopf etwas, jedoch ohne alle Gewalt, und wenn er

alsdann noch nicht Folge leistet, so wendet man entweder die zweite Methode, durch Aufrichtung des Kindes, an, oder geht sogleich zu der Wendung auf die Füsse über; *b*) Zurückweichen des herabgeführten Kopfes; *c*) Vorfall der Nabelschnur während der Wendung; in diesen letzteren Fällen nimmt man sogleich die Wendung auf die Füsse vor. Diese übelen Ereignisse kommen nur selten vor.

2. Wendung auf den Kopf durch Aufrichtung des unteren Theiles des Rumpfes mittelst innerer Handgriffe.

§. 901.

Diese Wendungsmethode findet vorzugsweise vor der ersten ihre Anzeige, wenn wenig Fruchtwasser vorhanden ist und der Körper des Kindes tief stehet, oder wenn das Fruchtwasser bereits abgeflossen ist: in allen anderen Fällen ist sie der ersten Methode nachzusetzen, weil sie für die Mutter und das Kind angreifender als diese ist: doch ist die Prognose bei derselben immer noch günstiger, als bei der Wendung auf die Füsse. Man nimmt sie am Besten in einer flachen Rückenlage der Kreissenden auf dem Querbette vor.

§. 902.

Man führt die Hand, welche der Mutterseite entspricht, in welcher das untere Rumpfende des Kindes liegt, beölt und conisch zusammengefaltet, nach den Regeln in die Mutterscheide und durch den Muttermund, sprengt die Blase, wenn das Fruchtwasser noch nicht abgeflossen war, und geht an der nach der hinteren Wand des Uterus liegenden Seite des Kindes

hinauf, bis man zu dem Steiss oder den Oberschenkeln gelangt: diese umfasst man mit der vollen Hand, ohne die Geschlechtstheile oder den Bauch zu drücken und führt dieselben sanft aufwärts und nach der entgegengesetzten Seite des Uterus, gleitet dann an dem Rumpfe des Kindes herab bis zum Kopfe, und führt diesen, welcher nun von dem Beckenrande frei geworden ist, auf den Beckeneingang. Das übrige Verfahren ist wie bei der ersten Methode, und die Geburt erfolgt hier gemeiniglich in einer halben bis drei Stunden nach der Wendung, weil durch das tiefere Eindringen der operirenden Hand, bis in den Muttergrund, die Wehenthätigkeit stärker aufgeregt wird. — Wenn, als übeles Ereigniss, bei dieser Methode Schwierigkeit der Ausführung gefunden wird, so vermeidet man alle zu lange fortgesetzten und starken Wendungsversuche, sondern ergreift sogleich die Füsse und führt diese in den Muttermund.

3. Wendung auf den Kopf durch Anwendung des Hebels.

§. 903.

Wenn bei einer regelwidrigen Kindeslage, z. B. Schulterlage. der Kopf in der Nähe des kleinen Beckens steht, so hat man vorgeschlagen, denselben mittelst des Hebels herabzuführen, wenn er durch die Hand von dem Beckenrande nicht frei gemacht werden kann. Dieses Verfahren ist durchaus roh und verwerflich und kann nur zu grosser Beschädigung der Mutter und des Kindes führen. — Auf gleiche Weise ist es verwerflich, den durch die Hand über den Beckeneingang geführten Kopf des Kindes mittelst des

Hebels in dieser Lage festzuhalten, wenn er dieselbe zu verlassen strebt; es ist in einem solchen Falle stets vorzuziehen, die Geburt durch die Wendung auf die Füsse zu beendigen.

Vergl. No. 198. — 334. — 1613. — 1647. — 1778. — 1836. B. XV. H. 3. — 2031. B. VI. S. 340. — 2348. — 2391. — 2465. B. II. H. 2. —

III. Von der Wendung auf den Steiss.

§. 904.

Die Erfahrung, dass die Steissgeburt nächst der Kopfgeburt den günstigsten Verlauf für die Mutter und das Kind hat, hat in neuerer Zeit den Vorschlag veranlasst, in den Fällen von regelwidriger Kindeslage, in welchen der Steiss dem Muttermunde näher liegt, als der Kopf, in welchen das Fruchtwasser entweder noch nicht abgeflossen, oder doch nach dessen Abflusse der Uterus noch nicht fest zusammengezogen ist, und keine Anzeige der Geburtsbeschleunigung stattfindet, die Wendung auf den Steiss vorzunehmen, und die Ausschliessung des Kindes der Wehenthätigkeit zu überlassen. Der Erfolg bestätigt die Anwendbarkeit und Nützlichkeit dieses Verfahrens, obgleich dasselbe seltener als die Wendung auf den Kopf angezeigt gefunden wird, da die regelwidrige Lage, mit tiefer liegendem Steisse, seltener vorkommt, als die mit tiefer liegendem Kopfe.

§. 905.

Die Ausführung der Operation geschieht nach denselben Regeln, wie die Wendung auf den Kopf mittelst Einleitung desselben in den Beckeneingang (§. 898.), indem man den Steiss mit der eingeführten

Hand ergreift, über den Beckeneingang leitet, und die Hand bis auf zwei Finger, welche noch einige Zeit hindurch den Steiss beobachten, zurückzieht. — Wenn man fürchtet, dass die Wehenthätigkeit die Geburt nach der Wendung auf den Steiss nicht beendigen kann, so vereinigt man die Vortheile der Wendung auf den Steiss, mit den Vortheilen der Wendung auf die Füsse, wenn man einen Fuss in den Muttermund herabführt, und nun die Ausschliessung des Kindes der Wehenthätigkeit überlässt: bei zögernder Geburt fehlt es alsdann nicht an der Möglichkeit, dieselbe durch Anziehen des Fusses zu beendigen (§. 923).

Vergl. No. 334. — 1836. B. XV. H. 3. B. XVII. H. 2. —

IV. Von der Wendung auf die Füsse.

§. 906.

Die Wendung auf die Füsse ist das operative Verfahren, bei welchem man mittelst Einführung der Hand in die Gebärmutter die Füsse des Kindes, statt des früher vorliegenden Theiles, durch den Muttermund und in das Becken leitet, um das Kind entweder durch die Wehenthätigkeit ausschliessen zu lassen, oder dessen Austritt aus den Geschlechtstheilen der Mutter durch kunstmässiges Anziehen an den Füssen zu befördern. — Der Zweck der Operation ist verschieden nach der Anzeige, und besteht entweder nur in Verbesserung einer regelwidrigen Lage des Kindes, oder in Beschleunigung der Geburt überhaupt.

§. 907.

Die Wendung auf die Füsse findet häufiger ihre Anwendung, als die übrigen Wendungsarten, weil sie

in allen Fällen noch ausführbar ist, in welchen jene zwar angezeigt waren, aber wegen Versäumniss des richtigen Zeitpunktes, oder wegen der Lage des Kindes, oder zu wenigem oder bereits längere Zeit abgeflossenem Fruchtwasser u. s. w. nicht mehr ausgeführt werden können, so wie auch weil sie die einzige und vorzügliche Operation ist, durch welche bei noch hoch stehendem Kinde die Geburt desselben beschleunigt werden kann. Sie wird unternommen als Lageverbesserungsact, und beschränkt sich alsdann darauf, die Füsse des regelwidrig gelagerten Kindes aufzusuchen, in den Muttermund zu leiten, und den Körper des Kindes aufzurichten, während die Ausschliessung desselben der Wehenthätigkeit überlassen und nur dann die hünstliche Ausziehung vorgenommen wird, wenn von längerem Zögern Gefahr für die Mutter oder das Kind zu fürchten ist; oder sie wird unternommen als Beschleunigungsact der Geburt, indem man bei dringender Gefahr und angezeigter schleuniger Entbindung, während der Kopf des Kindes noch so hoch stehet, dass man denselben mit der Zange nicht fassen kann, die Füsse ergreift, in den Muttermund leitet und das Kind an denselben auszieht.

§. 908.

Die Anzeigen der Wendung auf die Füsse sind daher: 1) alle regelwidrigen Kindeslagen, bei welchen wegen zu wenigem oder bereits abgeflossenem Fruchtwasser, oder wegen der Lage des Kindes, oder wegen gleichzeitig angezeigter Geburtsbeschleunigung die Wendung auf den Kopf nicht vorgenommen werden konnte, besonders alle schweren und verspäteten Fälle der regelwidrigen Kindeslagen, so wie 2) alle

gefahrdrohenden Zufälle der Schwangeren, des Kindes oder der dasselbe umgebenden Theile, welche eine schleunige Entbindung anzeigen, wenn der hohe Stand des Kopfes die Entbindung mittelst der Zange noch nicht gestattet. — Die Prognose ist im Allgemeinen ungünstiger, als bei der Wendung auf den Kopf (§. 889.); sie kann aber noch besonders ungünstig werden durch die Gefahr des krankhaften Zustandes, durch welchen die Wendung angezeigt wurde.

§. 909.

Als Vorbereitung zu der Wendung auf die Füsse hat man, ausser der allgemeinen Untersuchung, welche die Anzeige zur Wendung feststellte, noch besonders die Lage des Kindes so sorgfältig als möglich zu erforschen, um sich von derselben eine genaue Vorstellung zu verschaffen, welches durch die innere und äussere Untersuchung, zuweilen auch in Verbindung mit der Auscultation geschieht. Wenn dieselbe auch in einigen Fällen, z. B. gleich nach dem Wassersprunge, zuweilen nicht schwer auszumitteln ist, so finden sich doch in anderen Fällen, z. B. bei grosser Menge des Fruchtwassers oder bei verspäteten Wendungsfällen, nicht selten grosse Schwierigkeiten. Eine möglichst genaue Kenntniss der Lage des Kindes ist aber das grösste Erleichterungsmittel der Operation. In der Regel ist es vorzüglich nothwendig, auszumitteln, nach welcher Seite des Uterus die Bauchfläche des Kindes gerichtet ist, da die Füsse gemeiniglich daselbst liegen; doch muss auch berücksichtigt werden, dass dieselben zuweilen, und besonders nach längerem Abflusse des Fruchtwassers, nach dem Rücken des Kindes gebogen liegen. — Wenn die Lage des Kindes vor dem Was-

sersprunge nicht ausgemittelt werden kann, so führt man die ganze Hand zur Untersuchung in die Geburtswege, jedoch mit der Vorsicht, dass vorher Alles vorbereitet ist, um, ohne die Hand zurückzuziehen, sogleich die Wendung vornehmen zu können.

§. 910.

Das Geburtslager ist ein wichtiger Gegenstand der Vorbereitung. Wenn auch an den Orten, an welchen noch Geburtsstühle gebräuchlich sind, diese benutzt werden können, so ist doch ein wohlbereitetes Querbett allen anderen Vorrichtungen vorzuziehen. Der Seitenrand eines gewöhnlichen Bettes wird durch Matratzen oder Polster so bedeckt und erhöhet, dass derselbe durchaus nicht drücken kann, und nachdem die Kreissende mit dem Becken auf denselben quer so gelegt worden ist, dass der Scheideneingang durchaus frei und zugänglich ist, so werden die Schultern und der Kopf durch untergelegte Kissen nur um so viel erhöhet, dass diese Lage gut ertragen werden kann; der Rumpf muss jedoch in möglichst horizontaler Lage bleiben. Vor das Bett werden zwei Stühle zum Aufsetzen der Füsse gesetzt, zwischen welchen ein Gefäss zum Auffangen der Flüssigkeiten stehet: die Kreissende wird mit einer leichten Decke oder einem Betttuche bedeckt; hinter dem Bett stehet eine Person, welche die Schultern festhält, während die Kniee von einer Anderen befestigt werden. In dem gewöhnlichen Bette, selbst bei erhöheter Beckengegend, die Wendung auf die Füsse vorzunehmen, ist durchaus zu widerrathen, und nur dann zu gestatten, wenn wegen einer besonderen Anzeige die Wendung in der Seitenlage vorgenommen werden soll.

§. 911.

Ausser den bei regelmässigen Geburten nothwendigen Dingen (§. 221) muss die Geburtszange, zwei Schlingen, am Besten von Seide gewirkte, ein Führungsstäbchen, mehrere erwärmte Flanelltücher, die nöthigen Dinge zur Wiederbelebung scheintodter Kinder u. s. w. in Bereitschaft gehalten werden: so selten das Führungsstäbchen seine Anwendung findet, so ist es doch nicht ganz zu entbehren. Ferner ist der Mastdarm und die Urinblase zu entleeren, und der Kreissenden die Nothwendigkeit der künstlichen Entbindung mit möglichst schonenden Ausdrücken bekannt zu machen, ohne jedoch, besonders in Beziehung auf das Leben des Kindes, zu viel zu versprechen: ist wirkliche grössere Gefahr vorhanden, so ist diese den Angehörigen mitzutheilen.

A. Wendung auf die Füsse als Lageverbesserungsact.

§. 912.

Bei dem gegenwärtigen Stande der Geburtskunde ist dieses die häufigste Art der Operation. Rücksichtlich der Prognose, und zum Theil auch rücksichtlich des Verfahrens, ist sie verschieden nach den verschiedenen Umständen, unter welchen sie unternommen wird.

1. Wendung auf die Füsse vor dem Blasensprunge.

§. 913.

Wenn keine Anzeige zugleich vorhanden ist, welche Beschleunigung der Geburt gebietet, so wartet man ab, bis der Muttermund sich vollkommen erweicht, er-

weitert und alles Wulstige verloren hat, die Mutterscheide aufgelockert, weit, schleimig und minder empfindlich geworden ist, und die Wasserblase auch ausser der Wehe gespannt bleibt; zugleich erforscht man, ob die Wehenthätigkeit sich rein und frei von krampfiger Beschaffenheit äussert. Diese regelmässige Entwickelung der Geburtsthätigkeit macht nicht allein die Geburtswege für die operirende Hand leicht zugänglich, sondern lässt auch den operativen Eingriff weit weniger nachtheilig auf das Nervensystem wirken, und besonders die Ausschliessung des Kindes nach gemachter Wendung durch die Kräfte der Natur und mit Erhaltung des Kindes erwarten.

§. 914.

Wenn aber die Geburtsthätigkeit nicht frei von einer mehr oder minder bedeutenden Störung ist, welche bald krampfhaftem, bald rheumatischem, bald entzündlichem Leiden des Uterus zuzuschreiben ist, so muss diese vor der Unternehmung der Operation möglichst gehoben und die gegen dieselben angezeigten Mittel angewendet werden. Doch muss man bei der Dauer der Anwendung dieser Mittel nie übersehen, dass durch zu langes Abwarten der beste Zeitpunkt zur Operation verstreichen, und dann statt einer leichten, wenig eingreifenden, eine schwere, den ganzen Organismus der Kreissenden mächtig erschütternde Operation nothwendig werden kann, nicht weniger aber die vermehrte Gefahr für das Leben des Kindes hierbei hoch angeschlagen werden muss

§. 915.

Wenn die Wendung in der Rückenlage der Kreissenden unternommen wird, welches in der Regel ge-

schehen soll, so sitzt oder knieet der Geburtshelfer zwischen den beiden Stühlen, auf welchen die Füsse der Kreissenden mit einer mässigen Biegung der Schenkel und Kniee stehen, und wobei die letzteren nur so viel, als es gerade nöthig ist, von einander entfernt werden: bei der Seitenlage der Kreissenden setzt er sich auf die Bettwand hinter dieselbe oder knieet zur Erde neben dem Bette. Erst nachdem er seine Stelle eingenommen hat, legt er den Rock ab, sichert seiBne ekleidung gegen Beschmutzung durch ein über die Oberschenkel gelegtes Tuch, und legt sich auch ein Tuch zur Hand, um sich, wenn es nöthig ist, die Hände abtrocknen zu können: darauf streift er die Hemdärmel bis über die Ellbogen zurück und bestreicht, nachdem alle Ringe an beiden Händen abgelegt worden sind, den Rücken der zum Operiren bestimmten Hand und den Vorderarm sorgfältig mit einer Fettigkeit. Alle Kleidungsstücke des Geburtshelfers müssen so beschaffen seyn, dass sie ihn nicht hindern, jede Stellung anzunehmen und bei grösserer körperlicher Anstrengung keine Congestionen veranlassen. — Diese persönlichen Vorbereitungen des Geburtshelfers müssen mit besonderer Vermeidung aller die Aufmerksamkeit der Kreissenden auf sich ziehenden oder dieselbe gar ängstigenden Geschäftigkeit vorgenommen werden.

§. 917.

Die Wahl der Hand zur Operation wird durch die Seite der Mutter bestimmt, in welcher die Füsse liegen: bei der Lage der Füsse in der rechten Mutterseite zieht man die linke Hand, und bei der Lage derselben in der linken Mutterseite die rechte Hand in

Gebrauch, während man zugleich die Seite des Körpers, welcher die operirende Hand angehört, etwas vorbringt. Wenn die Wahl der Hand gleichgültig ist, so ist die linke, als die gemeiniglich schlankere, vorzuziehen. Wenn man bei der Untersuchung mit der ganzen Hand erkannt hat, dass man, streng genommen, die andere Hand zur Operation gebrauchen musste, so wechselt man nur dann, wenn man wesentlichen Nachtheil von der Unterlassung befürchtet, und behält die eingeführte Hand vielmehr in allen leichteren Fällen bei, da dieses für den geübten Geburtshelfer kaum einen Unterschied macht, und der Kreissenden ein bedeutendes Schmerzgefühl erspart wird.

§. 917.

Bei der Ausführung der Wendung wird der Muttergrund durch einen Gehülfen, oder, welches vorzuziehen ist, durch die freie Hand des Geburtshelfers fixirt. Die operirende Hand wird ausgestreckt und conisch zusammengelegt mit den Fingerspitzen in den Scheideneingang geführt, so dass der Querdurchmesser der Hand in den geraden Durchmesser des Beckenausganges zu stehen kommt, und wobei man sich hütet, die Schamhaare zu zerren, und geht sanft drehend und ohne Gewalt zu brauchen an der hinteren Wand des Beckens in die Höhe, so dass die Rückenfläche der Hand nach derselben gerichtet wird. Gemeiniglich soll diese Einführung der Hand in die Mutterscheide in der wehenfreien Zeit geschehen; wenn sie aber nach dem Rathe Einiger während der Wehe vorgenommen wird, welches jedoch rücksichtlich der angeblichen grösseren Leichtigkeit und geringern Schmerzhaftigkeit auf Täuschung beruhet, so muss die eingeführte Hand

alsbald still gehalten werden, bis die Wehe vorüber ist. — Vorsichtig drehend geht nun die Hand durch den Muttermund und mit möglichster Schonung der Blase an der hinteren Wand des Uterus in die Höhe, bis der breiteste Theil der Hand, die Mittelhand, durch den Muttermund gedrungen ist. Tritt hierbei eine Wehe ein, so stehet man sogleich von allem Weitereindringen ab, und lässt die Hand still liegen.

§. 918.

Man untersucht nun schnell noch einmal die Lage des Kindes, und kann man die Lage der Füsse mit Bestimmtheit ausmitteln, und sind die Eihäute ziemlich haltbar, so ist es rathsam, nach Deleurye's Angabe, zwischen der Wandung des Uterus und den Eihäuten bis zu den Füssen vorzudringen, daselbst erst die Blase zu sprengen, und zu den Füssen in die Eihöhle einzugehen. Wenn man aber die Stelle, an welcher sich die Füsse befinden, nicht mit Bestimmtheit ausmitteln kann, oder fürchtet, dass die Eihäute nicht haltbar genug sind, so setzt man die Fingerspitzen an der Stelle, wo sich die Hand gerade befindet, ausser der Wehe an die Eihäute, sprengt dieselben durch einen Druck und dringt mit vorsichtiger Eile mit der Hand in die Eihöhle ein, um mit dem Vorderarm den Muttermund und die Scheide zu verschliessen und den Abfluss des Fruchtwassers zu verhüten.

§. 919.

Während die operirende Hand in die Gebärmutter eindringt, legt sich die freie Hand, flach ausgebreitet, und mit sanftem Drucke, äusserlich an den Bauch an, und stützt und fixirt die Uteruswandung, besonders an

der Stelle, an welcher die operirende Hand liegt. Niemals soll eine Hand in den Uterus eingeführt werden, ohne diese Vorsicht zu beobachten, und selbst ein sachverständiger Gehülfe kann die Anwendung der eigenen Hand nur zum Theil ersetzen; doch kann derselbe bei sehr schweren Wendungen und dabei nöthiger bedeutender körperlicher Anstrengung zuweilen wohl den Vorzug verdienen.

§. 920.

Die operirende Hand legt sich nun an den zunächst vorliegenden Rumpftheil des Kindes, geht an der Seite der vorderen Fläche desselben bis zu den Schenkeln und Füssen, und vermeidet besonders den Bauch und die Nabelschnur zu drücken. Der erste Fuss, welcher erreicht wird, wird mit einigen Fingern gefasst, und nun nachgefühlt, ob der andere Fuss nicht über den Rücken zurückgeschlagen liegt: ist dieses nicht der Fall, so wird der zuerst gefasste Fuss allein mit den ausgestreckt gehaltenen Fingern vorsichtig durch den Muttermund und die Scheide geführt, und so weit abwärts geleitet, dass die Hüften in den Beckeneingang gelangen: dieses Abwärtsleiten des Fusses geschieht mit möglichster Berücksichtigung der Articulationen, und wenn es geschehen kann, vor einer Kreuzdarmbeinfuge des Beckens herab. Wenn das Fruchtwasser durch den im Muttermunde liegenden Vorderarm der operirenden Hand hinreichend zurückgehalten worden war, so fliesst dasselbe bei dem Herabführen des Fusses ab, während das Kind gemeiniglich hierdurch allein leicht und gewaltlos umgewendet wird. — Die Wendung an einem Fusse ist in diesem Falle stets der Wendung an zwei Füssen vorzuziehen, weil der fernere

Geburtsverlauf dadurch alle Vortheile und günstigeren Verhältnisse der Lebenserhaltung des Kindes geniesst, welche bei der Steissgeburt stattfinden; nur der nach dem Rücken des Kindes gebogene zweite Fuss, oder während der Operation eingetretene Umstände, welche Beschleunigung der Geburt gebieten, lassen hiervon eine Ausnahme stattfinden.

§. 921.

Während dieser ganzen Operation muss die Kreissende so ruhig als möglich liegen; auch ist den angestellten Gehülfen zu empfehlen, darauf zu achten, dass sie sich nicht unvermuthet in die Höhe richtet, so wie dass sie die Kniee nicht zusammendrängt und so den Geburtshelfer stört. Stellen sich Wehen ein, so darf sie dieselben nicht verarbeiten, besonders muss aber der Geburtshelfer bei dem Eintritte derselben alsbald die Hand still liegen lassen, und es streng vermeiden, die Umwendung des Kindes während einer Wehe vorzunehmen.

§. 922.

Wenn die nach den Füssen in die Eihöhle gehende Hand auf die Oberschenkel oder den Steiss trifft, ehe sie zu den Füssen gelangt, und dieselben leicht beweglich findet, so ist es vorzuziehen, diese Theile zu umfassen, und durch vorsichtiges Abwärtsleiten derselben den Rumpf des Kindes umzuwenden, worauf man an den Schenkeln abwärts gehet und einen Fuss in den Muttermund führt. Die Verbesserung der Kindeslage lässt sich auf diese Weise zuweilen noch leichter ausführen, als durch Herabführen der Füsse.

§. 923.

Nach vollbrachter Lageverbesserung des Kindes untersucht man äusserlich die Gebärmutter nach ihrer Richtung und Form, um der Kreissenden eine angemessene, wieder etwas erhöhete Lage, zuweilen eine Seitenlage, zu geben, und indem man die Ausschliessung des Kindes der Wehenthätigkeit überlässt, behandelt man den ferneren Geburtsverlauf wie eine normale Fussgeburt. Nur wenn die Ausschliessung des Kindes zu lange zögert, oder wenn besondere Anzeigen die schleunige Entbindung gebieten, wird die Ausziehung des gewendeten Kindes nach den Regeln vorgenommen, welche auch an einem Fusse gemeiniglich ohne Schwierigkeit geschehen kann.

2. Wendung auf die Füsse nach abgeflossenem Fruchtwasser.

§. 924.

Wenn eine regelwidrige Kindeslage bald nach abgeflossenem Fruchtwasser oder bei wenig zusammengezogener Gebärmutter und hochstehendem Kinde die Wendung auf die Füsse anzeigt, so ist die Schwierigkeit, dieselbe zu vollbringen, gemeiniglich nicht viel grösser, als vor dem Abflusse des Fruchtwassers, wenn der Wassersprung am Ende der zweiten Geburtsperiode erfolgt war, und wenn man so genau als möglich die Lage des Kindes erforscht hat, um die durch dieselbe angezeigte Hand zur Operation einführen zu können. Besonders zu berücksichtigen ist dabei die Lage mit nach dem Muttermunde gerichteter Rückenfläche bei der Schulterlage des Kindes, so wie auch die Lage mit nach der vorderen Bauchwandung der

Mutter gekehrten Füssen des Kindes, vorzüglich bei gleichzeitigem Hängebauche der Mutter oder sackartiger Erweiterung einer Stelle des Uterus.

§. 925.

In dem ersten Falle, bei vorliegender Rückenfläche des Kindes, geht man mit der Hand an der hinteren Fläche der Gebärmutter in die Höhe, bis man den Steiss oder den nach hinten gerichteten Oberschenkel erreicht, und drehet den Rumpf vorher sanft um seine Längenachse, ehe man ihn abwärts leitet, oder zu dem Fusse geht, um denselben in den Muttermund zu führen. Wenn dieser Handgriff nicht leicht ausführbar ist, so kann man auch vorher die Rückenfläche umfassen und vorsichtig seitwärts und aufwärts schieben, um so die Füsse der nun hinter derselben hinaufgehenden Hand näher zu bringen: hierbei muss aber sorgfältig jede gewaltsame Bewegung vermieden werden. Alles Umfassen eines Kindestheiles mit der Hand innerhalb der Gebärmutter muss durch Anlegen der flach ausgestreckten Hand an denselben, und niemals durch faustartiges Umgreifen geschehen.

§. 926.

Der zweite Fall, in welchem die Füsse des Kindes nach der Bauchwandung der Mutter gerichtet, oder in einer sackartigen Erweiterung des Uterus liegen, erfordert die Einführung der betreffenden Hand in der Seite, in welcher die Füsse vorzüglich bemerkt werden, worauf dieselbe, mit hinreichender Senkung des Ellbogens nach unten, nach der vorderen Uteruswandung hin und zu den Füssen gleitet. Ganz beson-

ders wird hier das Auffinden und Erreichen der Füsse durch die Mithülfe und Thätigkeit der aussen an den Bauch gelegten Hand unterstützt, welche sich nicht darauf beschränkt, die Gebärmutter zu stützen, sondern die leicht fühlbaren Füsse sanft abwärts der operirenden Hand entgegenschiebt. Auch hat man in diesem Falle empfohlen, vor der Wendung das Kind um seine Längenachse zu drehen, so dass die vordere Fläche desselben nach hinten gerichtet wird, ein Vorschlag, welcher nicht in allen Fällen ausführbar ist. — Bei grösserer Schwierigkeit des Auffindens der Füsse ist die Seitenlage von grossem Nutzen, mit besonders sorgfältiger Anwendung der Unterstützung der vorderen Uteruswandung wegen der Gefahr der Ruptur.

§. 927.

Das Umwenden des Kindes in der Gebärmutter nach abgeflossenem Fruchtwasser muss mit besonderer Vorsicht geschehen, und wenn Widerstand bemerkt wird, sogleich jede Fortsetzung der Thätigkeit eingestellt werden. Bald ist es der Kopf, bald der Steiss, welcher sich etwas anstemmt, bald eine Contraction der Gebärmutter, welche die Umwendung erschwert. Nach einiger Ruhe erst fährt man, unter Mitwirkung der äusseren Hand, mit seinen Bestrebungen fort. Erst wenn die Hüften in den Beckeneingang gelangt sind, kann man die Wendung als vollendet betrachten.

§. 928.

Wenn aber das Fruchtwasser längere Zeit vor der Operation abgeflossen ist, so ist gemeiniglich das Auffinden und Erreichen der Füsse und die Umwendung des Kindes weit schwieriger. Die Schwierigkeit ent-

steht hier theils von dem durch die fortgesetzte Wehenthätigkeit aus dem Muttermunde tief in das Becken herabgetriebenen, oder wenigstens in den Beckeneingang fest gestemmten vorliegenden Rumpftheil des übelgelagerten Kindes, theils durch die um das Kind fest zusammengezogene Gebärmutter, welches bald durch die langdauernde regelmässige Thätigkeit dieses Organs, bald durch Krampf entsteht, — theils durch die, während längerer Wirksamkeit der Gebärmutter, sehr complicirt gewordene Lage des Kindes, z. B. über den Rücken zurückgeschlagene untere Extremitäten desselben. Obgleich alsdann gemeiniglich das Kind tod ist, so gilt doch die Regel, die Operation stets wie bei lebendem Kinde zu machen. In diesen Fällen wurden in früheren Zeiten vorzüglich die grausamen Zerstückelungsoperationen des Kindes vorgenommen.

§. 929.

Bei der grossen Schwierigkeit in der Ausführung der Operation in diesen Fällen, erfordert dieselbe besonders grosse Ausdauer und Vorsicht von Seiten des Geburtshelfers, durch welche, verbunden mit der richtigen Erkenntniss des Falles, die schwierigsten Zustände dieser Art gehoben werden können. Ausser den angeführten Umständen (§. 928.) ist besonders die specielle Lage des Kindes, das Allgemeinbefinden der Kreissenden, die Beschaffenheit der Geschlechtstheile und die Dauer der Geburt, so wie die etwa bereits gemachten Wendungsversuche, zu berücksichtigen.

§. 930.

a) Wenn durch längere regelmässige Wehenthätigkeit ein Theil des Rumpfes des Kindes, gemeinig-

lich eine Schulter mit einem Theile des Thorax und Vorfalle eines Armes, tief und fest eingekeilt in dem Becken stehet, so ist hierdurch dem Eindringen der Hand zu den Füssen gemeiniglich ein sehr bedeutendes Hinderniss in dem Becken selbst entgegenstehend. Hier ist zunächst, neben dem Allgemeinbefinden und der speciellen Lage des Kindes, durch die äussere Untersuchung zu erforschen, ob die Gebärmutter noch fest über die Frucht zusammengezogen ist oder nicht, welches man aus der gespannten Härte oder Schlaffheit des Muttergrundes erkennt. Findet die feste Zusammenziehung statt, so müssen vorher die hier wirksamen Erschlaffungsmittel (§§. 449. u. 935.) angewendet werden. Findet man jedoch einen grossen Theil des Rumpfes tief in dem Becken und hinter dem Ausgange stehend, so untersucht man, ob nicht vielmehr die Selbstwendung schon zu weit vorgeschritten ist. Niemals soll aber, ohne bestimmte Anzeige, in einem solchen Falle die Selbstwendung erwartet werden.

§. 931.

Wenn aber der Gebärmuttergrund bei der äusseren Untersuchung nicht fest zusammengezogen gefunden wird, so schreitet man, nach Berücksichtigung des Allgemeinbefindens und sorgfältiger Erforschung der Lage des Kindes, zu der Wendung. Im Allgemeinen ist eine kleine Gabe Opiumtinctur und eine reichliche Einspritzung von erwärmtem Oele in den Muttermund und die Mutterscheide, die angemessenste Vorbereitung. Alle Versuche, den vorgefallenen Arm zurückzuführen, sind streng zu vermeiden; das früher

empfohlene Ausdrehen oder Ausschneiden desselben verdient kaum einer Erwähnung.

§. 932.

Die wohl beölte Hand dringt nach den Regeln in die Geschlechtstheile und langsam und vorsichtig, gleichsam kriechend, neben dem vorliegenden Kindestheil und an einer vorderen Seitenfläche desselben in die Höhe, da alle Versuche, denselben aus dem Becken zurückzuschieben stets vergeblich, und bei Anwendung einer grösseren Gewalt nur höchst verderblich seyn würden: bei der am Häufigsten vorkommenden Arm- und Schulterlage geht die Hand unter dem Arme weg über die vordere Seitenfläche der Brust: nach dem Vorschlage Einiger legt man den vorgefallenen Arm in eine Schlinge; doch ist dieses nicht unumgänglich nöthig, da dieser Arm, der Erfahrung gemäss, doch stets eine günstige Lage behält. Sobald die Hand durch das Becken hindurch gegangen ist, so findet sie häufig einen grösseren Raum, welcher ihr gestattet, die Lageverhältnisse des Kindes genauer zu erforschen. Liegen die Füsse auf der vorderen Fläche des Kindes, so wird einer derselben, doch in diesem Falle mit Nutzen auch beide, ergriffen, wenn sie zusammenliegen, da theils die Umwendung des Kindes dadurch erleichtert, theils gewöhnlich die Extraction desselben nöthig wird. Wenn man die Füsse ergreift, so wird einer nach dem andern, und zwar der zunächst liegende zuerst, ausgestreckt und vorsichtig abwärts geleitet, mit der Berücksichtigung, dass dieselben sich nicht über einander kreuzen: sind die Schenkel in den Knieen gebogen, und die Füsse nicht gut zu erreichen, so kann man die Knice abwärts führen und dann die Füsse vorsichtig ausstrecken.

§. 933.

Man umfasst nun den einen Fuss mit den flach ausgestreckten Fingern, oder beide Füsse so, dass der Mittelfinger zwischen denselben liegt, und führt sie nach dem Muttermunde und in das Becken. Gemeiniglich wird dieses aber, wegen des tiefstehenden vorliegenden Theiles, welcher nicht leicht zurückweicht, nicht gut angehen und der Körper des Kindes sich nicht leicht umwenden. In diesem Falle setzt man den Daumen der operirenden Hand unter den vorliegenden Rumpftheil und erhebt denselben vorsichtig, während die Finger die Füsse abwärts leiten. Wenn dieses nicht zureicht und die Wendung sich durchaus nicht ausführen lassen will, so legt man Schlingen an die Füsse, und während die ausserhalb der Geschlechtstheile befindliche Hand dieselben sanft anzieht, fasst die in den Geschlechtstheilen befindliche Hand den vorliegenden Rumpftheil und erhebt ihn vorsichtig nach der entgegengesetzten Seite. Dieses Verfahren erfordert jedoch grosse Vorsicht, wenn es nicht Nachtheil bringen soll, und wird nur selten eine Anzeige finden. — Nach gemachter Wendung werden die Schlingen sogleich abgenommen, und wenn keine Anzeigen zur Beschleunigung der Geburt vorhanden sind, die Ausschliessung des Kindes der Natur überlassen: doch wird hier die Kunst wegen Wehenschwäche nicht selten mitwirken müssen.

§. 934.

b) Wenn man indessen den Uterus mehr oder minder straff zusammengezogen antrifft, so hat man, ehe man zur Wendung schreitet, vorher die Erschlaffung desselben zu bewirken, welches einigermassen ver-

schieden ist, je nachdem regelmässige Wehenthätigkeit bei längerer Dauer der Geburt oder Krampfzustand des Uterus die Ursache ist. In dem ersten Falle findet man gemeiniglich das Kind mehr oder minder fest auf oder in das Becken gedrängt und mit dem vorliegenden Theile durch den Muttermund hervorgetreten; in dem letzten Falle steht das Kind weniger fest auf dem Becken, sondern gemeiniglich hoch, hingegen ist der Uterus, entweder im Allgemeinen, oder an einer bestimmten Stelle (Strictur) fest um dasselbe zusammengezogen.

§. 935.

Das allgemeinste Mittel, welches in beiden Fällen seine Anwendung findet, ist das Aderlass, dessen Stärke nach der Individualität des Falles eingerichtet werden muss: da die Wirkung desselben beinahe augenblicklich ist, so muss sich der Geburtshelfer bereits während der Ausführung desselben zur Operation bereit halten, um die dadurch bewirkte Relaxation des Uterus sogleich benutzen zu können. Zu vermeiden ist das Aderlass bei so grosser Erschöpfung der Kräfte durch lange Dauer der Geburt, dass der Tod zu fürchten ist. Bei vorhandenem Krampfe werden dann noch die übrigen angezeigten Mittel angewendet (§. 449—451), wobei zu bemerken ist, dass die grossen Gaben der Opiumtinctur, nach Art der Engländer zu 80 Tropfen, so wie auch das Belladonnaextract, wegen der Besorgniss der Lähmung des Uterus zu vermeiden, oder doch bei der Anwendung des letzteren grosse Vorsicht zu empfehlen ist.

§. 936.

Wenn bei der Einführung der Hand in den Uterus derselbe durch den Reiz sich wieder stärker zusammenzieht, so vermeidet man sorgfältig jede stärkere Berührung der Wandung desselben, und sucht die Füsse zu erreichen; die Umwendung des Kindes muss dabei besonders vorsichtig und langsam geschehen: nach gemachter Wendung muss das Beeilen der Ausziehung des Kindes vermieden werden, weil die schnelle Entleerung des Uterus Ohnmachten, Athemlosigkeit, passive Blutflüsse und selbst den Tod zur Folge haben kann. — Manche Fälle dieser Art sind höchst schwierig und fordern besondere Ausdauer, ruhige Haltung, Körperkraft und Vorsicht des Geburtshelfers. Wenn die Hand oder der Arm von der Zusammenschnürung des Uterus, durch welche man nie stossweise, sondern sehr vorsichtig und langsam hindurch gehen muss, gefühllos wird, so wascht man dieselben mit Branntwein.

§. 937.

Wenn in einem verspäteten Wendungsfalle lange nach abgeflossenem Fruchtwasser die Füsse über den Rücken geschlagen liegen und nicht erreicht werden können, so bringt man mit zwei Fingern in der zunächst liegenden Schenkelbiegung einen sanften wiederholten Druck an, bis der Schenkel sich vorwärts bewegt; alsdann geht man mit einem Finger bis zum Knie, führt dieses abwärts und streckt den Unterschenkel aus. Wenn es in diesem Falle die Lage des anderen Schenkels oder die Nothwendigkeit der Extraction des Kindes gebietet, denselben auch noch herabzuführen, so legt man an den ersten Fuss die Schlinge, indem man dieselbe mit dem Führungsstäb-

chen der operirenden Hand zuführt, mit dem Daumen und Mittelfinger abnimmt, an den Fuss bis über den Knöchel bringt und sanft zuzieht: nun geht die Hand an der inneren Fläche des Schenkels hinauf bis zu der Schenkelbiegung des anderen und macht denselben auf gleiche Weise frei.

§. 938.

Wenn man wegen stets sich erneuernder Zusammenziehungen des Uterus, besonders bei der Lage der Füsse nach der vorderen Bauchwandung der Mutter oder in einer sackartigen Erweiterung der Gebärmutter, nicht zu den Füssen gelangen kann, so ist es rathsam, die Kreissende eine Seitenlage annehmen zu lassen, und mit der kunstmässig von hinten eingeführten Hand an der vorderen Wand des Uterus hinauf zu den Füssen zu gehen. Das Einführen der Hand und die Umwendung des Kindes erfordern aber alsdann ganz besonders grosse Vorsicht und Unterstützung der vorderen Wand des Uterus wegen der Gefahr der Ruptur derselben. Das Nämliche erreicht man durch die Lage der Kreissenden auf den Knieen und Ellbogen; doch darf sie wegen der Beschwerlichkeit und dem Widerspruche gegen dieselbe von Seiten der Kreissenden ohne dringende Anzeige nicht in Anwendung kommen.

§. 939.

Eine besondere Berücksichtigung verdient noch der Umstand, wenn bei einer regelwidrigen Kindslage das Fruchtwasser früh, vor hinreichender Eröffnung des Muttermundes, und zuweilen schleichend abgegangen war. Es hat dieses die Folge, dass während der nun allmählig erfolgenden Eröffnung des Mutter-

mundes, wobei derselbe gemeiniglich schlaff in die Mutterscheide herabhängt, die Gebärmutter sich um die Frucht zusammenzieht und dadurch die Folgen einer versäumten Wendung veranlasst. In einem solchen Falle ist es zwar nicht rathsam, die Wendung vor vollkommener Erweiterung des Muttermundes vorzunehmen; doch muss man sich hüten, den schlaff zusammengefallenen Muttermund für noch nicht hinreichend erweitert zu halten und den besten Zeitpunkt zur Operation zu versäumen.

B. Wendung auf die Füsse als Beschleunigungsact der Geburt.

§. 940.

Die Wendung auf die Füsse als Beschleunigungsact der Geburt findet in allen Fällen statt, in welchen die Entbindung vorzüglich die durch den vorhandenen krankhaften Zustand der Mutter oder der Frucht drohende Gefahr entfernt oder wenigstens den Fall so gestaltet, dass nunmehr die zweckmässigen Mittel angewendet werden können. Sie bestehet in der Wendung des Kindes auf die Füsse und Ausziehung desselben. Ausser den Anzeigen (§. 908.), durch welche sie auch geboten wird, wenn das Kind regelmässig mit dem Kopfe vorliegt, jedoch so, dass der letztere noch nicht sicher mit der Zange gefasst werden kann, tritt sie auch ein, wenn nach vollendeter Wendung als Lageverbesserungsact wegen Wehenschwäche die Geburt zögert und Gefahr für die Mutter und das Kind drohet, so dass das letztere alsdann noch ausgezogen werden muss. In manchen dringenden Fällen kann sie als gewaltsame Entbindung angezeigt seyn (§. 960).

§. 941.

Bei der Ausführung der Wendung auf die Füsse als Beschleunigungsact der Geburt wird die Hand des Geburtshelfers, nach den vorgeschriebenen Vorbereitungen und in der angegebenen Lage, nach den Regeln in die Mutterscheide und durch den Muttermund geführt: bei vorliegendem Kopfe des Kindes wird die Hand gewählt, welche in der Seite, nach welcher das Gesicht gerichtet ist, eingeführt werden kann; der Kopf des Kindes wird, wo möglich vor dem Wassersprunge, sanft zur Seite geschoben, wenn dieses aber nicht angehet, gleich nach dem Wassersprunge. Darauf gleitet die Hand nach den Regeln an einer vorderen Seitenfläche des Rumpfes hin bis zu den Schenkeln und Füssen, welche, einer nach dem anderen, vorsichtig ausgestreckt und abwärts geführt werden: wo möglich sollen in diesem Falle stets beide Füsse angezogen werden. Wenn die Wendung bei dem Sitze der Placenta auf dem Muttermunde gemacht wird, so wird dieselbe an der Seite der eindringenden Hand so viel gelöst, als nöthig ist, um die Hand durchzulassen und hinter derselben dringt die Hand in die Eihöhle: das vorgeschlagene Durchbohren der Placenta ist zu verwerfen; auch ist es nicht immer rathsam, die Hand in der Seite einzuführen, in welcher der Mutterkuchen bereits theilweise gelöst ist; doch ist es wegen des geringeren Blutverlustes günstig, wenn es geschehen kann. Die Umwendung des Kindes lässt sich in diesen Fällen gemeiniglich leicht ausführen.

§. 942.

Der zweite Act dieser Operation ist die Ausziehung des Kindes an den Füssen. Die allgemeine Anzeige

und in manchen Fällen auch die besonderen Anzeigen, z. B. Blutfluss, Convulsionen u. s. w. fordern zwar schleuniges Verfahren bei der Ausziehung des Kindes, doch ist es nicht zu leugnen, dass es ungemein grosse Vortheile darbietet, und besonders sowohl für die Erhaltung des Kindes, als auch für die günstigere Stellung der Arme und des Kopfes desselben bei dem Austritte sehr nützlich ist, wenn man bei der Ausziehung alle stürmische Eile vermeidet und besonders dahin trachtet, die Wehenthätigkeit bei derselben möglichst zu benutzen.

§. 943.

Sobald die Füsse aus dem Scheideneingange hervorgetreten sind, ergreift man dieselben mit einem erwärmten Tuche so, dass jeder Fuss von der vollen Hand mit nach der hinteren Fläche des Unterschenkels hinaufgestrecktem Daumen umfasst wird, und macht sanft ziehende Rotationen nach der Achse des Beckens, welche man durch angemessene Pausen unterbricht: bei vorhandener Wehenschwäche sind dieselben nicht selten sehr wirksam zum Hervorrufen der Wehen. Wenn die Zehen bereits seitwärts oder schief nach hinten gerichtet waren, so behält man diese Richtung bei dem Zuge bei, und giebt überhaupt der Drehung, welche der Körper des Kindes um seine Längenachse während des Zuges eingeht, nach; wenn aber die Zehen nach vorn gerichtet waren, so sucht man dieselben während der Rotationen sanft nach der Seite zu richten, nach welcher sie die grösste Neigung zeigen. Bei weiterem Hervortreten der Schenkel rückt man mit dem Tuche und den Händen höher an denselben

hinauf, so dass sie stets nahe vor den Geschlechtstheilen gefasst werden.

§. 944.

Wenn der Steiss und die Hüften zum Ein- und Durchschneiden kommen, so ist es wünschenswerth, dass die letzteren in dem geraden Durchmesser des Beckenausganges oder in einem schiefen Durchmesser mit nach hinten gerichteter Bauchfläche hervortreten: während des Durchschneidens derselben erhebt man die Schenkel bei den Rotationen etwas und richtet den Zug etwas höher: nach der Entwickelung derselben nimmt man die vorige Richtung des Zuges wieder an, und giebt der Neigung des Bauches, sich gegen das Kreuzbein zu wenden, nach, oder befördert dieselbe auch durch die Rotationen. Wenn nun die Insertion der Nabelschnur vor den Geschlechtstheilen sichtbar wird, so zieht man sie vorsichtig etwas hervor, um sie gegen Spannung zu schützen, und wenn dieselbe zwischen den Schenkeln durchging, so zieht man sie so weit hervor, dass man den nach unten gelegenen, im Knie gebogenen Schenkel durch die Schlinge derselben durchführen kann. Der geborene Theil des Kindes wird jetzt sorgfältig in ein erwärmtes Leinen- oder Flanelltuch eingeschlagen.

§. 945.

Bei der Ausziehung des Rumpfes rückt man jetzt vorläufig nicht höher mit den Händen hinauf, sondern umfasst mit jeder Hand so die höchste Stelle der Oberschenkel, dass die Zeigefinger in die Schenkelbiegung und die Daumen ausgestreckt über das Kreuzbein zu liegen kommen: an der Unterleibsgegend den Rumpf

selbst zu umfassen, ist durchaus zu verwerfen: treten jetzt während der Ausziehung Wehen ein, so ist dieses sehr vortheilhaft und der Zug besonders während derselben vorzunehmen. Vorzüglich jetzt muss das zu starke oder schnelle Ausziehen des Rumpfes vermieden werden, weil dadurch die Arme aufwärts neben den Kopf geschlagen werden und der Kopf leicht eine ungünstige Stellung einnimmt. Wenn sich bei tieferem Herabtreten der Schultern in die Beckenhöhle dieselben wieder mehr in den geraden Durchmesser stellen, so hat man dieser Drehung nicht entgegenzuwirken. Bei dem weiteren Hervortreten des Rumpfes rückt man mit dem erwärmten Tuche höher an demselben hinauf, und wenn das Tuch nass geworden ist, so kann man dasselbe jetzt auch, jedoch mit einiger Eile, mit einem anderen vertauschen. Wenn der Thorax hervortritt, so ist es rathsam, denselben bei den Tractionen mit einer Hand vorsichtig zu umfassen.

§. 946.

Wenn der Körper des Kindes bis an die Schultern geboren ist, so muss die Beendigung der Geburt mit Vorsicht beschleunigt werden, weil längere Verzögerung derselben dem Kinde jetzt vorzüglich lebensgefährlich ist. Der Zug an dem Körper des Kindes hört nun auf, weil durch die Drehung des Halses das Kind getödet werden würde: vielmehr werden jetzt die Arme, wenn sie nicht von selbst hervorgetreten sind, gelöst. Man löst den rechten Arm mit der rechten, den linken Arm mit der linken Hand, während die andere Hand und Vorderarm den Körper des Kindes stützen und nach der entgegengesetzten Seite richten: der Arm, welcher nach dem Kreuzbeine liegt, wird zuerst gelöst.

§. 947.

Zwei Finger der lösenden Hand gehen über die betreffende Schulter bis zu dem Ellbogen, führen den Arm vorsichtig über das Gesicht und die Brust herab, und entwickeln ihn über den Damm: man hat sich dabei besonders zu hüten, den Arm in der Mitte des Oberarms zu fassen oder auswärts gegen das Becken zu leiten, weil sonst leicht ein Armbruch erfolgt. Darauf wechselt man die Hände, indem man das Kind mit der Hand stützt, welche die Lösung des ersten Armes vollbrachte, und löset den anderen Arm auf gleiche Weise. Wenn das Kind mit dem Gesichte gegen die Schambeine gerichtet ist, oder wenn ein oder beide Arme sich bei der gewöhnlichen Lage des Kindes über dem Nacken des Kindes und hinter der Schambeinfuge kreuzen, so wird die Lösung der Arme zuweilen bedeutend erschwert: in dem letzten Falle wird stets der Arm zuerst gelöst, welcher an dem Kinde liegt, und der an dem Becken liegende zuletzt. Ist die Armlösung allzuschwierig und zeitraubend, so kann man wohl einen Arm ungelöst lassen, und zur Entwickelung des Kopfes schreiten; doch muss es möglichst vermieden werden. Wenn die Arme gelöst sind, so schlägt man sie in das einhüllende Tuch und schreitet zu dem Herausführen des Kopfes.

§. 948.

Bei dem Herausführen des Kopfes hat man jede Dehnung des Halses zu vermeiden, und sucht vielmehr dasselbe dadurch zu vollführen, dass man den Kopf in eine möglichst günstige Stellung bringt und sein Herab- und Hervortreten durch hebelartige Thätigkeit der Hände bewirkt. Man stützt zu dem Ende

den Körper des Kindes mit dem Vorderarme der Seite, nach welcher das Gesicht gerichtet ist, führt den Zeige- und Mittelfinger derselben Hand an dem Gesichte hinauf bis auf die Oberkieferknochen zu beiden Seiten der Nase, und zieht hebelartig das Gesicht abwärts, während zwei Finger der anderen Hand an das Hinterhaupt gesetzt werden, um gleichzeitig dasselbe von den Schambeinen ab- und aufwärts zu führen: so macht man gleichzeitig wiederholte hebelartige Bewegungen, um den Kopf in einer günstigen Stellung in und durch das Becken zu leiten, und entwickelt bei dem Austritte desselben aus dem Becken das Gesicht und den Schädel, mit hinreichender Erhebung desselben, über den Damm, während ein Gehülfe den letzteren vorsichtig unterstützt, ohne jedoch den Austritt des Kopfes zu erschweren.

§. 949.

Wenn der Kopf in einer ungünstigen Stellung, z. B. in dem geraden Durchmesser über dem Beckeneingange stehet, und dadurch der Eintritt in das Becken schwer oder unmöglich wird, so kann man einen oder zwei Finger in den Mund setzen und mit Vorsicht und durchaus gewaltlos das Gesicht seitwärts nach einer Kreuzdarmbeinfuge hinleiten, so dass der Kopf in einen schiefen Durchmesser des Beckeneinganges zu stehen kommt: sobald, als es angehet, müssen jedoch die Finger den Mund verlassen und sich an den Oberkiefer legen. Bei einem in einer Seite etwas beschränktem Becken wird das Gesicht nach der weitesten Seite geleitet, und bei einem gleichmässig in der Conjugata zu engen Becken sucht man den Kopf in den Querdurchmesser des Einganges mit seinem grossen

Durchmesser zu führen. Wenn das Gesicht nach vorn gerichtet ist, so bringt man zwei Finger in den Mund, wenn man den Oberkiefer nicht erreichen kann, und führt das Gesicht gewaltlos nach einer Seite des Beckens. — Wenn jedoch das Herausführen des Kopfes aus dem Becken nur einigen Widerstand findet, so dass eine Zögerung von fünf bis zehn Minuten erfolgt, so muss alsbald die Kopfzange angelegt und die Ausziehung des Kopfes mittelst derselben bewirkt werden, wenn das Kind am Leben erhalten werden soll. Bei entschieden todtem Kinde kann man indessen die genannten Versuche noch etwas fortsetzen. — Bei Erstgebärenden machen gemeiniglich noch die äusseren Geschlechtstheile den Austritt des Kopfes schwer.

§. 950.

Wenn nach der Wendung oder Fussgeburt durch rohen Zug am Halse, oder durch weit vorgeschrittene Fäulniss der Hals abgerissen und der Kopf zurückgeblieben ist, ein Fall, welcher in früheren Zeiten häufig vorkam, wie die zahlreichen dabei empfohlenen Instrumente beweisen, welcher jedoch in der neueren Zeit kaum vorkommen kann, so wandte man die Kopfzieher (*capitrahae*) an. Man kann diese Vorrichtungen bei dem Vorkommen dieses Falles sehr wohl entbehren, indem man entweder den Kopf mit der eingeführten Hand so fasst, dass der Mittelfinger in das Hinterhauptloch und der Daumen in den Mund gesetzt wird, und denselben in und durch das Becken herabführt, oder denselben mittelst des Perforatoriums, des scharfen Hackens und der Knochenzange nach den Regeln auszieht.

Solche Vorrichtungen sind vorgeschlagen worden: 1) Kopfzieher, capitrahae obtusae, tire-tête à trois branches, à bascule, à croix, à vis, von Mauriceau, Gregoire, Levret, Petit, Grauen, Bacquié, Burton, Puisseau, Schurer, Cruikshank, Danavia und Assalini; oder die Kopfschlingen, capitrahae, von Pugh, Burton, Sandes, Plevier, Pean, Smellie und Bell; oder das Netz (*Marsupium*) von Grégoire, Arnoud und Amand; oder die Schleuder (*funda*) von Mauriceau, Gouey, Roonhuysen, Rathlauw, Chapman oder Walgrave.

§. 951.

Uebele Ereignisse bei der Ausführung der Wendung können folgende seyn: Unmöglichkeit, die Füsse zu erreichen, Schwierigkeit oder Unmöglichkeit der Umwendung des Kindes nach erreichten Füssen, Steckenbleiben des Kopfes nach der Extraction des Rumpfes, Abreissen des Kopfes, besonders bei vorgeschrittener Fäulniss des Kindes, Knochenbrüche an den Extremitäten des Kindes, Ruptur des Uterus u. s. w. Es ist zwar nicht zu leugnen, dass bei der gegenwärtigen Cultur der operativen Geburtshülfe kaum ein solcher Vorfall noch beobachtet werden wird; doch ist das Vorkommen derselben durch ein Zusammentreffen ungünstiger Umstände oder rohes Verfahren möglich.

Vergl. No. 60. B. IV. S. 314. — 149. — 236. — 242. — 247. — 334. — 368. — 469. — 471. — 495. — 500. — 505. — 688. — 801. — 1004a. — 1158. — 1184. — 1202. — 1233. — 1253. — 1374. — 1392. — 1395. — 1450. — 1481. — 1493. — 1600. B. III. — 1625. —

1778. — 1836. B. XV. H. 3. — 2031. B. IV. St. 3. — 2120. B. VI. S. 192. — 2137. — 2160. B. II. — 2382. — 2391. — 2413. — 2465. B. III. S. 576. —

Sechstes Kapitel.

Von der gewaltsamen Entbindung.

§. 952.

Die gewaltsame Entbindung *(Accouchement forcé)* ist das Kunstverfahren, durch welches bei noch gar nicht oder nur wenig geöffnetem Muttermunde die Eröffnung und Erweiterung dieses letzteren durch besondere Handgriffe bewirkt, die Blase gesprengt, das Kind auf die Füsse gewendet und ausgezogen, und, nach den Umständen, auch die Nachgeburt künstlich gelöst und entfernt wird. In der neueren Zeit ist dieser Kunstact mit Recht dahin beschränkt worden, dass derselbe nicht mehr vor dem Anfange der Geburt bei noch ganz geschlossenem Muttermunde, sondern nur in einer früheren Geburtsperiode, besonders der zweiten, vor vollkommen erweitertem Muttermunde vorgenommen wird.

§. 953.

Die Anzeigen der gewaltsamen Entbindung sind auf gleiche Weise in der neueren Zeit sehr beschränkt worden, so dass dieselbe nicht mehr, wie früher, vorgenommen wird, um die Perforation oder den Kaiser-

schnitt zu ersetzen; vielmehr finden nur noch folgende Anzeigen statt: Apoplexie, Convulsionen und Gebärmutterblutflüsse, vorzüglich bei dem Sitze der Placenta auf dem Muttermunde, wenn diese Zufälle so bedeutend und gefahrdrohend sind, dass sie weder durch innere oder äussere Mittel beseitigt werden können, noch die Operation bis zu der vollkommenen Erweiterung des Muttermundes verschoben werden darf; von Seiten des Kindes Vorfall der Nabelschnur.

§. 954.

Die Prognose ist in doppelter Hinsicht ungünstig oder wenigstens zweifelhaft, indem eines Theiles die Zufälle, welche die gewaltsame Entbindung anzeigen, sehr gefährlich sind und die Prognose verschlimmern, anderen Theils die Operation selbst ein die ganze Constitution mächtig ergreifendes Verfahren ist. Sie ist günstiger, wenn der Körper durch die anzeigenden Zufälle noch nicht zu sehr afficirt worden, und die Geburt in der zweiten Geburtsperiode einigermassen vorgeschritten ist; ungünstiger, wenn der Körper durch die vorhandenen Zufälle bereits sehr gelitten hat, und die Ausführung der Operation in die erste Geburtsperiode fällt: bei der Ausführung derselben vor dem Anfange der Geburt, welche indessen nicht zu gestatten ist, erreicht das ungünstige Verhältniss der Prognose den höchsten Grad.

§. 955.

Die Ausführung der Operation geschieht ganz nach den Regeln der Wendung auf die Füsse, mit dem Zusatze, dass vorher der Muttermund künstlich erweitert werden muss. Diese Erweiterung geschieht ent-

weder mittelst der Hand, oder mittelst eines Instrumentes, und die erstere verdient in jeder Hinsicht den Vorzug, und soll wo möglich nur allein in Anwendung kommen; wenn ein Instrument angewendet werden soll, so sind alle älteren Mutterspiegel (*speculum uteri*) zu verwerfen, und höchstens nur Osiander's Dilatatorium orificii uterini zu gebrauchen; doch ist auch dieses in der Regel entbehrlich.

§. 956.

Nachdem alle Vorbereitungen zu der Wendung auf die Füsse, wozu vorzüglich ein bequemes Querbett zu rechnen ist, gemacht worden sind, bringt man die Hand, welche die Wendung verrichten soll, wohl beölt vor die Geburtstheile und führt zunächst zwei Finger derselben in die Mutterscheide und in den Muttermund, welche durch sanftes Dehnen in der wehenfreien Zeit denselben nicht allein erweitern, sondern auch durch den Reiz die Stimmung des Uterus zur Geburt vorbereiten sollen. Dieses Einführen der zwei Finger in die Mutterscheide ist der Einführung der ganzen Hand von Anfang an in allen Fällen vorzuziehen, in welchen der Muttermund noch wenig geöffnet und die Anzeige der schleunigen Entbindung nicht allzudringend ist. Erst nachdem der Muttermund einigermassen erweitert ist, führt man die conisch zusammengefaltete Hand nach den Regeln in die Mutterscheide, dringt mit den Fingerspitzen in den Muttermund und sucht ihn durch sanft drehendes, gewaltloses, gleichsam keilförmiges Eindringen der Hand gleichzeitig zu erweitern und durch denselben durchzudringen. Das Erweitern muss so wenig gewaltsam und stürmisch, als nur möglich, in absetzender, durch Pausen unterbrochener Thätigkeit

und in der wehenfreien Zeit, jedoch nicht gleich nach einer Wehe, geschehen; je mehr die Umstände gestatten, Zeit darauf zu verwenden, desto günstiger ist es. — In dringenden Fällen und besonders bei einiger schon vorhandenen Erweiterung des Muttermundes, führt man gleich von Anfang an die ganze Hand in die Mutterscheide.

§. 957.

Sobald der breiteste Theil der Mittelhand durch den Muttermund gedrungen ist, so sprengt man die Blase, geht nach den Regeln zu den Füssen und wendet das Kind durch Herabführen beider Füsse. Bei der Ausziehung des Kindes hat man zwar die Beschleunigung derselben zu berücksichtigen, jedoch auf der anderen Seite jede stürmische Eile zu vermeiden: besonders gilt dieses von dem Durchgange der Hüften, der Schultern und des Kopfes durch den Muttermund. — Die Nachgeburt wird nach Blutflüssen und bei Placenta praevia sogleich entfernt: in allen andern Fällen ist es rathsam mit der Entfernung derselben nicht zu eilen, wenn keine dringende Anzeige dazu vorhanden ist. — Die übelen Ereignisse während und nach der Operation können wie bei der Wendung eintreten: besonders zu fürchten sind indessen Blutflüsse, Convulsionen, Ruptur der Gebärmutter oder der Mutterscheide, und apoplectischer Tod.

Vergl. No. 136. — 379. — 650. — 1346. B. I. St. 2. S. 110. — 2391.

Siebentes Kapitel.

Von der künstlichen Beförderung der Steissgeburt.

§. 958.

Wenn bei der Steissgeburt die Anzeige eintritt, dieselbe künstlich zu beschleunigen, so ist die Ausführung dieses Verfahrens verschieden, je nachdem der Steiss noch über dem Beckeneingange und beweglich, oder schon in das kleine Becken mehr oder minder tief herabgestiegen ist. Die Anzeigen zur künstlichen Beförderung der Steissgeburt bestehen entweder in Zufällen der Mutter, unter welchen ausser der allgemeinen Schwäche, Convulsionen, Blutflüssen u. s. w. vorzüglich die Verzögerung der Geburt durch Wehenschwäche und ungünstige mechanische Verhältnisse des Beckens vorkommen, oder in Zufällen der Frucht, von welcher der Vorfall der Nabelschnur besonders zu berücksichtigen ist.

§. 959.

Wenn der Steiss noch hoch und beweglich genug steht, um die Füsse herabzuführen, so geht die Hand des Geburtshelfers, welche der Mutterseite, in welcher der Bauch des Kindes liegt, entspricht, nach den Regeln in die Mutterscheide und den Muttermund. Findet man hier die Füsse in den Knieen gebogen neben dem Steisse liegen, so werden dieselben, einer nach dem andern, von zwei Fingern ergriffen, und während der unter den Steiss gesetzte Daumen denselben sanft erhebt, vorsichtig in die Mutterscheide herabgeführt und

ausgestreckt, worauf die Extraction des Kindes nach den Regeln vorgenommen wird. Wenn nur ein Fuss neben dem Steisse und der andere an dem Leibe ausgestreckt liegt, so begnügt man sich damit, den ersten herabzuführen und an demselben die Extraction vorzunehmen. Wenn die Füsse indessen an dem Leibe des Kindes aufwärts ausgestreckt liegen, so geht die operirende Hand zuerst bis zu den Oberschenkeln, umfasst dieselben und führt den Steiss vorsichtig nach der entgegengesetzten Seite und etwas aufwärts, geht darauf bis zu den Knieen, und indem ein Finger hier sanft in die Kniekehle drückt, so dass dadurch die Ferse herabsteigt, wird der zunächst liegende Fuss ergriffen und herabgeführt, und alsdann auf gleiche Weise der zweite, mit der Berücksichtigung bei vorhandenem Kreuzen der Schenkel stets den zunächst liegenden zuerst zu ergreifen.

§. 960.

Bei diesem Erheben des Steisses und Herabführen der Schenkel muss jede Gewalt vermieden werden, und wenn einiger bedeutender Widerstand vorhanden ist, die Steissgeburt als solche beendigt werden: vorzüglich muss dieses immer geschehen, wenn der Steiss bereits mehr oder minder tief in das kleine Becken herabgerückt ist und daselbst feststeht. Man führt alsdann den Zeigefinger der operirenden Hand an die Schenkelbiegung des Kindes, welche mehr nach der vorderen Wand des Beckens gerichtet ist und tiefer stehet als die andere, setzt den Finger hakenförmig in dieselbe und macht nun rotirende Tractionen durch angemessene Pausen unterbrochen, während man den Drehungen des Steisses um die Längenachse des Kindes nachgiebt; wenn

bei diesem Geschäft der Zeigefinger ermüdet, so wechselt man mit der Hand, wenn die Richtung des Steisses es gestattet. Ist die nach vorn liegende Hüfte auf diese Weise bis hinter den Schambogen gelangt, so geht der Zeigefinger an der hinteren Wand des Beckens hinauf zu der noch höher stehenden anderen Hüfte, setzt sich hier hakenartig in die Schenkelbiegung und führt nun diese abwärts und über den Damm hervor, worauf die andere Hand wieder thätig an der nach vorn liegenden Hüfte mitwirkt.

§. 961.

Wenn die Einkeilung des Steisses so bedeutend ist, dass dieselbe nicht durch die Anwendung des Fingers gehoben werden kann, welches jedoch nur selten vorkommen wird, so ist es das sicherste Verfahren, den stumpfen Smellie'schen Haken in die Schenkelbiegung zu setzen und mittelst desselben die Ausziehung auf die angegebene Weise zu bewirken: es wird hierzu ein Haken von vorzüglich sanfter Krümmung angewendet. Die besonders erfundenen Steisszangen von Steidele u. A. sind nutzlos und die Ausziehung mittelst einer über die Sckenkelbiegung gezogenen Schnur in leichten Fällen überflüssig und in schweren Fällen unausführbar. Von verschiedenen Geburtshelfern wird die Kopfzange empfohlen, um mittelst derselben den eingekeilten Steiss auszuziehen: es ist jedoch zu bemerken, dass hierzu nur Levrets Zange, oder eine andere, welche eine eben so geringe Kopfkrümmung hat, als diese, angewendet werden kann, und dass sie nur in minder schweren Fällen, welche der hakenförmig gekrümmte Zeigefinger noch beendigen kann, zu gebrauchen ist, während sie in den Fällen schwerer

Einkeilung, welche den Smellie'schen Haken erfordern, abgleitet.

Achtes Kapitel.

Von der künstlichen Fuss- und Kniegeburt.

§. 962.

Wenn bei der Fuss- oder Kniegeburt Zufälle eintreten, welche die künstliche Beschleunigung derselben gebieten, so gilt im Allgemeinen die Regel, so lange als es die Beschaffenheit und Dringlichkeit der Anzeige gestattet, abzuwarten, bis die Hüften erst durch die Kräfte der Natur in und durch das Becken herabgetrieben worden sind, ehe man die künstliche Ausziehung an den Füssen vornimmt, welches freilich in sehr dringenden Fällen nicht gestattet werden kann. Die Ausziehung selbst wird übrigens nach den Regeln ausgeführt (§§. 943—949).

Neuntes Kapitel.

Von der Zangenoperation.

§. 963.

Die Zange, Kopfzange, Geburtszange *(forceps)* ist das Instrument, mit welchem der Kopf des Kindes wie mit zwei verlängerten Händen umfasst

und ohne das Leben desselben gefährden zu dürfen, aus den Geburtswegen ausgezogen wird. Die Wirkung der Zange geschieht dabei: 1) durch Zug, 2) durch Verbesserung der Stellung des Kopfes und 3) durch Steigerung der Geburtsthätigkeit mittelst des Reizes der Rotationen: die früher besonders hoch angeschlagene Wirkung durch Zusammendrücken des Kopfes ist entweder nicht vorhanden, oder wo dieselbe absichtlich bewirkt wird, nur schädlich. Die Erfindung der Zange ist für die Geburtskunde von so hoher Wichtigkeit, dass sieohne dieselbe nur sehr unvollkommen seyn würde.

§. 964.

Die früher von Avicenna und später von Rueff angegebenen Zangen zum Hervorziehen todter Kinder, so wie Mauriceau's Instrument, haben mit der Kopfzange nichts gemein und waren ohne Einfluss auf die Erfindung derselben. Ein Engländer, Chamberlaine, bediente sich derselben zuerst um das Jahr 1660—1670, hielt sie jedoch geheim und verkaufte sie nur weiter unter der Bedingung der Beobachtung des Geheimnisses, bis im Jahre 1723 Johann Palfyn seinen aus zwei stählernen Zughebeln bestehenden Kopfzieher erfand und der Academie der Wissenschaften in Paris vorlegte. Von nun an wurden viele Veränderungen und Verbesserungen derselben vorgenommen, unter welchen vorzüglich von Dusée das Kreuzen der Blätter (1733), von Giffard und Chapman die Fenster (1735), von Levret die Beckenkrümmung (1751) und von Smellie das einfachere Schloss (1752) zu bemerken sind. Ausserdem wurden noch viele andere Veränderungen von den Geburtshelfern daran angebracht,

welche zum Theil als Verbesserungen, zum Theil aber auch als Rückschritte anzusehen sind.

I. Zangen mit blosser Kopfkrümmung:

1. Die Löffel ohne Fenster:

a) Die Blätter nicht gekreuzt:

Palfyn (1723), Gilles le Doux, Heister, Burton, Peter de Wind (1752).

b) Die Blätter gekreuzt:

Unbekannter, Dusée (1733), Bing.

2. Die Löffel mit Fenstern:

a) Die Blätter nicht gekreuzt:

Mesnard (1741), Schlichting (1747).

b) Die Blätter gekreuzt:

Giffard (1734), Drinkwater, Chapman, Freke, Ould, Unbekannter, Levret (1747) à l'axe ambulant, Boehmer, Gregoire, Smellie, Pole, Clarke, Rathlauw, Walsh, Orme, Lowder, Denman, Rawlins, Haighton, Conquest, Holme (1828).

II. Zangen mit Kopf- und Beckenkrümmung.

1. Die Löffel mit Fenstern:

a) Die Blätter gekreuzt:

Levret (1751 u. 1767), Smellie (1752), Pugh, Lauverjat, Fried d. j., Leake, Piet, Petit, Coutouly, Pean u. Baudelocque, Mayer, Stark, Lodi, Foster, Forster, Wegelin, Saxtorph, Boër, Osborn, Denman, Thynne, Dubois, Santarelli, Busch, Weise, Wrisberg, Mursinna, Brünninghaussen, v. Siebold, Wigand, Delpech, Veit Carl, Herhold, Fries, Markard, Mueller, W. Schmitt, Boehm, Colland, Michaelis, Senf, Ritgen, Mende, Maygrier, Godman, Guillon, Horn.

b) Die Löffel von ungleicher Länge:

Davis (1825), Ritgen.

c) Die Blätter nicht gekreuzt:

Thenance (1802).

2. Die Löffel ohne Fenster:
Osiander, Assalini, Feiler.

III. Zangen mit Kopf-, Becken- und Dammkrümmung und mit gefensterten Löffeln.
a) die Blätter gekreuzt:
Johnson (1769), Van der Laar, Sleurs, Young, Evans, Mulder, v. Eckard, v. Froriep, Schmidtmüller, Davis (1825).
b) Die Blätter nicht gekreuzt:
Uhthof.

Vergl. No. 62. An. XIII. — 84. — 147. — 295. — 358. — 453. — 458. — 562. H. 1. — 644. — 696. B. XXI. S. 256. — 696a. H. 5. — 727. — 844. — 925. — 978. — 1016. — 1219. — 1255. — 1336. — 1346. B. I. H. 1. S. 79. — 1365. — 1395. — 1432. B. I. S. 442. — 1509. — 1519. St. 1. S. 135. — 1592. B. I. Bogenz. 2. S. 284. — 1729. — 1748. — 1776. — 1778. — 1880. — 1886. — 1887. — 1971. — 2031. B. I. H. 2. B. III. H. 3. — 2067. — 2120. B. VI. H. 3. — 2206. — 2232. — 2257. — 2389. — 2465. B. III. H. 2. B. IV. H. 3. —

§. 965.

Die Eigenschaften einer guten Geburtszange sind folgende: 1) Sie muss von gutem federhartem Stahle, sorgfältig polirt, und von einer Länge von 16—17 Zollen seyn; 2) die Kopfkrümmung muss an ihrer weitesten Stelle 2¾—3 Zoll betragen, während die Spitzen 5—6 Linien auseinander stehen; 3) die Beckenkrümmung muss von dem Schlosse an sanft aufwärts steigen und hinreichend stark seyn, um den hochstehenden Kopf nahe hinter den Schambeinen fas-

sen zu können, wodurch die Dammkrümmung und die ungleiche Länge der Blätter entbehrlich werden; 4) die Blätter müssen sanft ausgehöhlt und alle scharfen Ränder nach Aussen und an den Fenstern abgeschliffen seyn, wobei die Fenster nur eine mittlere Länge bedürfen; 5) das Schloss muss etwas von der Mitte der Länge der Zange abwärts gegen die Griffe zu, jedoch nicht zu weit, befindlich, einfach, leicht zu schliessen und fest seyn: das sogenannte englische Schloss, durch welches an dem linken Blatte ein starker Stift durchgeschlagen ist, welcher in einen Ausschnitt in dem rechten Blatte passt, eignet sich vorzüglich hierzu; 6) die Griffe werden dünn mit polirtem Holze belegt, und haben in der Nähe des Schlosses zwei hackenartige Hervorragungen zur besseren Ausübung des starken Zuges in schweren Fällen, während die Hervorragungen an dem unteren Ende der Griffe schädlich sind und nur bei dem Zuge zu unnöthiger Verstärkung des Druckes Veranlassung geben; 7) die Zange darf nicht über 1½ Pfund wiegen, aber auch wegen der nothwendigen Stärke nicht sehr viel leichter gearbeitet seyn. — Druckregulatoren, Labimeter und Kephalometer sind entbehrliche, und zuweilen lästige Zusätze der Zange.

§. 966.

Obgleich eine Zange, welche diese Eigenschaften besitzt, den schwersten und den leichtesten Fällen gewachsen ist, in welchen eine Anzeige zur Zangenoperation stattfindet, so kann man doch für die leichteren Fälle bei tieferem Stande des Kopfes, und geringerem zu überwindendem Widerstande ein zweites Instrument gebrauchen, welches zwar den schweren

Fällen nicht gewachsen ist, auf der anderen Seite aber den Vortheil des leichtern und schmerzloseren Gebrauches für sich hat. Die ganze Construction dieser Zange ist die nämliche, wie bei der vorigen, nur ist ihre Länge nur 14 Zoll, ihre Kopf- und Beckenkrümmung geringer, etwa wie bei Levrets Zange, und ihr Gewicht nicht über ein Pfund. — Uebrigens kommt es nicht so genau darauf an, welche Zange man gebraucht, und ein geübter Geburtshelfer wird sich mit jeder einigermassen gut construirten Zange zu helfen wissen; nur für die schwersten Fälle ist es wünschenswerth, ein besonders sicheres Instrument zu haben.

§. 967.

Die Anzeigen zur Anwendung der Zange sind theils solche, welche wegen einer dringenden Gefahr für die Mutter oder das Kind Beschleunigung der Geburt gebieten, auch wenn alle Umstände übrigens erwarten lassen, dass die Geburt in kürzerer oder längerer Zeit durch die Kräfte der Natur beendigt werden würde, theils solche, welche auf absolut oder relativ ungünstigen mechanischen Verhältnissen beruhen, so dass die Geburt durch die Kräfte der Natur gar nicht oder erst nach dem Tode des Kindes und mit grosser Erschöpfung der Mutter zu erwarten ist. Anzeigen der ersten Art sind: allgemeine Schwäche, Convulsionen, Blutflüsse, heftiges Erbrechen, Urinverhaltung, Brüche u. s. w. von Seiten der Mutter, und Vorfall der Nabelschnur, Zerreissung der Nabelschnur, Lösung der Placenta u. s. w. von Seiten der Frucht; Anzeigen der zweiten Art sind: Einkeilung des Kopfes durch Grösse, ungünstige Stellung, Wasserkopf, oder mässig beschränktes Becken, Wehen-

schwäche, Zögerung des Austrittes des Kopfes nach gemachter Wendung oder bei der Fussgeburt u. s. w. — Es wird hierbei vorausgesetzt, dass der Kopf bereits in dem kleinen Becken, oder doch auf dem Eingange desselben so feststehend ist, dass ein Abschnitt seiner Wölbung in denselben herabragt, und dass das Becken in seinem kleinsten Durchmesser über drei Zoll beträgt. Auch muss der Muttermund bereits hinreichend eröffnet und erweitert seyn: je mehr sich bereits die Geburtsthätigkeit als austreibende Kraft (§. 172.) entwickelt hat, desto günstiger ist das Verhältniss. Wo keine Eile der Entbindung durch die Anzeige geboten wird, ist es rathsam, die Thätigkeit der Naturkräfte, unter Beihülfe der dynamischen Mittel, so lange abzuwarten, als dieses ohne Gefahr für die Mutter und das Kind geschehen kann.

§. 968.

Die Prognose bei der Zangenoperation ist zwar im Allgemeinen günstig für die Mutter und das Kind, doch ist dieselbe vorzüglich verschieden nach den Anzeigen und den mechanischen Verhältnissen, so wie nach der Entwickelung der Geburtsthätigkeit. Je tiefer bei regelmässiger Bildung des Beckens und vollkommener Erweiterung des Muttermundes, der Kopf bereits in das Becken herabgerückt ist, desto günstiger ist das Verhältniss; je höher derselbe in oder auf dem Becken, bei ungleichen mechanischen Verhältnissen und bei getrübter Wehenthätigkeit stehet, desto ungünstiger ist die Prognose.

§. 969.

Die Vorbereitungen zu der Ausführung der Zangenoperation fordern zuerst die Bereitung eines an-

gemessenen Geburtslagers, welches in allen Fällen, in welchen einige Schwierigkeit der Operation zu erwarten ist, besonders aber bei höher stehendem Kopfe, das Querbett mit horizontaler Rückenlage der Kreissenden ist. Nur in den leichten Fällen, besonders wenn der Kopf dem Ausgange des Beckens nahe stehet, kann man die Entbindung mit der Zange in dem gewöhnlichen Bett, in welchem das Becken um 6—8 Zoll über die Fläche erhöhet ist, vornehmen, wobei man die Kreissende sich nahe an eine Seitenwand des Bettes legen lässt. Die Seiten- oder Knielage darf bei diesem Kunstacte niemals stattfinden. — Man bereitet nächstdem die Kreissende mit Vorsicht auf die künstliche Entbindung vor, ohne ihr jedoch das Instrument zu zeigen, und besorgt die Entleerung des Mastdarms und der Blase. Die Zange selbst erwärmt man in warmem Wasser hinlänglich, trocknet sie sorgfältig ab, und bestreicht ihre äussere Fläche und das Schloss mit einer Fettigkeit, wobei man das Zusammenklirren des Instrumentes vermeidet. Der Geburtshelfer sitzt oder knieet, bei der Lage auf dem Querbett, zwischen den Schenkeln der Kreissenden, und bei der Lage in dem gewöhnlichen Bett, stehet er am Besten an der betreffenden Seite des Bettes, gewöhnlich an der rechten. — Die Stellung des Kopfes muss durch die geburtshülfliche Untersuchung genau erforscht seyn.

§. 970.

Die Anlegung der Zange muss in der wehenfreien Zeit geschehen. Man fasst das in der linken Mutterseite einzuführende Zangenblatt, welches in der Regel zuerst angelegt werden soll, mit der linken Hand an dem Schlosse wie eine Schreibfeder und führt zwei

Finger der rechten Hand, mit Oel bestrichen, in der linken Mutterseite bis in den Muttermund, wo sich dieselben an den Kopf anlegen, um das einzuführende Zangenblatt zu leiten. Die linke Hand führt nun das Zangenblatt senkrecht unter die Kleider und mit der Spitze so in die Mutterscheide, dass die concave Fläche desselben an den Kopf zu liegen kommt: in dieser Richtung und unter Leitung der in der Mutterscheide liegenden Finger, schiebt die linke Hand das Zangenblatt sanft um den Kopf herum und in den Muttermund, während sie den Zangengriff an dem rechten Oberschenkel herab, bis in die Mitte zwischen die Schenkel führt; die Hand gleitet während dessen von dem Schlosse bis zu dem Zangengriffe herab.

§. 971.

Die Finger der rechten Hand verlassen nun die Mutterscheide und es werden zwei Finger der linken Hand in der rechten Mutterseite auf gleiche Weise in die Mutterscheide und bis an den Kopf geführt, während der Ring- und kleine Finger derselben Hand das eingelegte Zangenblatt festhalten, wenn man dasselbe nicht durch einen Gehülfen mit unter dem Schenkel durchgeführter Hand besorgen lassen kann. Die abgetrocknete rechte Hand fasst nun das zweite Zangenblatt wie eine Schreibfeder, und führt dasselbe über dem ersten auf gleiche Weise in die Geschlechtstheile und um den Kopf herum, so dass die Zangenblätter in der Gegend des Schlosses sich kreuzen. — Wenn man bei der Anlegung der Zange auf einen Widerstand stösst, so vermeidet man alle Gewalt und verbessert vielmehr die Leitung des Instrumentes: bei grösserem

Widerstande nimmt man das Zangenblatt heraus, untersucht sorgfältig, und legt dasselbe von Neuem an.

§. 972.

Die Zange darf nur in dem Querdurchmesser des Beckens, und bei schiefstehendem Kopfe höchstens dem schiefen Durchmesser sich annähernd, angelegt werden: sie soll, wenn es möglich ist, den Kopf an den Seitenflächen fassen, wovon jedoch wegen der Stellung des Kopfes nicht selten Ausnahmen stattfinden; nur dringende Anzeigen dürfen als Ausnahmen es gestatten, die Zange über das Gesicht und das Hinterhaupt anzulegen, wobei sich besonders der Vortheil einer starken Beckenkrümmung des Instrumentes zeigt. Der Kopf muss stets von der stärksten Kopfkrümmung der Blätter umfasst werden. — Das Ueberschieben eines Zangenblattes aus einer Seite des Beckens in die andere ist gänzlich zu verwerfen. Besonders hat man sich bei der Anlegung zu hüten, dass nicht ein Blatt ausserhalb des Muttermundes bleibt und denselben mitfasst. — Ein geübter Geburtshelfer hat es nicht nöthig das Zangenblatt zur Einführung wie eine Schreibfeder zu fassen, sondern kann gleich den Griff mit nach dem Schlosse gerichtetem Daumen mit der vollen Hand ergreifen: für Anfänger ist jedoch die beschriebene Art vorzuziehen.

§. 973.

Nach der Anlegung der beiden Zangenblätter untersucht man sorgfältig, ob dieselben richtig und hoch genug liegen, streicht die Schamhaare vor dem Schlosse aufwärts, fasst die Griffe mit beiden Händen, senkt, indem man die Daumen auf die beiden Hervorragun-

gen der Griffe setzt, dieselben etwas gegen den Damm und vereinigt sie in dem Schlosse, worauf man noch einmal untersucht, ob die Zange richtig liegt, und keine anderen Theile, Schamhaare u. s. w. mitgefasst hat.

§. 974.

Die Richtung der Zangengriffe nach der Anlegung ist verschieden nach dem Stande des Kopfes: bei dem Stande desselben in dem Beckeneingange sind sie schief abwärts, in der Beckenhöhle horizontal, und in dem Ausgange schief aufwärts gerichtet. Diese Richtung muss bei den vorzunehmenden Tractionen sorgfältig beobachtet werden, so lange keine besondere Anzeige eine Abweichung davon gebietet. — Eine Hand, welche vorzüglich die Traction auszuüben hat, fasst den Handgriff in der Nähe des Schlosses, indem die Finger sich gabelförmig über die hakenförmigen Hervorragungen legen, die andere Hand fasst die Handgriffe an dem unteren Ende, und drückt dieselben nur eben so viel zusammen, als nöthig ist, um die Zange nicht abgleiten zu lassen.

§. 975.

Man macht nun mit mässiger und erst allmählig nach dem Grade des Widerstandes wachsender Kraft spiralförmige Züge, Rotationen, wobei sich die Griffe des Instrumentes kreisförmig, jedoch in einem möglichst kleinen Raume langsam bewegen. Sechs bis zwölf solcher Rotationen nennt man eine Traction, nach welcher man eine Pause macht, welche desto grösser seyn kann, je weniger die Anzeige Eile gebietet, und je mehr man es wünschenswerth hält, die

Mitwirkung der Wehenthätigkeit zu erhalten. Wenn Wehen vorhanden sind, so werden die Tractionen vorzüglich während der Wirkung derselben vorgenommen. Das Zusammendrücken der Zangengriffe wächst nicht gleichmässig mit der zunehmenden Stärke des Zuges, sondern nur so viel, als nöthig ist, das Abgleiten zu verhüten. Die Richtung der Rotation ist stets nach der Seite, welche der schiefen Richtung des Kopfes entgegengesetzt ist. Die Wirkung der Traction auf das Herabrücken des Kopfes wird nicht durch das weitere Heraustreten des Instrumentes aus den Geschlechtstheilen, sondern durch das Erheben der Richtung der Griffe während und nach der Traction erkannt.

§. 976.

Die Tractionen lassen an Stärke nach, sobald an dem leichteren Vorrücken des Kopfes bemerkt wird, dass der Widerstand grössten Theils überwunden ist. Wenn der Kopf in das Ein- und Durchschneiden kommt, so wird das Instrument nur noch mit einer Hand geleitet und die Tractionen sehr langsam, mit öfteren Unterbrechungen und kaum bemerkbaren kreisförmigen Bewegungen, gemacht: die andere Hand oder ein sachverständiger Gehülfe unterstützt unterdessen sorgfältig den Damm. Der Griff des Instrumentes wird dabei schief aufwärts gerichtet und der Kopf über den Damm gleichsam hervorgehoben. Sobald der Kopf geboren ist, gleitet ein Finger nach vorn zwischen die Blätter, öffnet dieselben und nun legt man das Instrument ab, indem man den Griff gegen den Bauch der Kreissenden neigt, so dass die Blätter an dem Kopf des Kindes emporsteigen. Die Ausschliessung des übrigen Körpers wird der Wehenthätigkeit überlassen.

§. 977.

In manchen Fällen ist es, besonders bei Erstgebärenden, zur Erhaltung des Dammes vortheilhaft, das Instrument abzulegen, sobald der Kopf zum Durchschneiden gekommen ist und den Damm kugelförmig hervortreibt, worauf das völlige Ausschliessen des Kopfes der Wehenthätigkeit überlassen wird. Es wird dabei vorausgesetzt, dass keine Anzeige zu schleuniger Entbindung vorhanden ist, und dass sich die Wehenthätigkeit in hinreichender Stärke äussert. Man hat sich indessen zu hüten, die Grenzen der Anzeigen zu dem Ablegen des Instrumentes zu weit zu stecken, weil es stets ein unangenehmes Ereigniss seyn wird, das Instrument von Neuem anlegen zu müssen. Bei dem Ablegen öffnet man zuerst das Schloss, legt die linke Hand an den Damm und führt mit der rechten Hand das in der rechten Seite liegende Zangenblatt in der nämlichen Richtung heraus, in welcher man es anlegte, worauf die linke Hand das in der linken Mutterseite liegende Blatt auf gleiche Weise herausnimmt, während die rechte Hand den Damm stützt.

§. 978.

Einige besondere Fälle erfordern sowohl rücksichtlich der Anlegung des Instrumentes, als auch rücksichtlich der Tractionen besondere Regeln. 1) Wenn ein Zangenblatt wegen sehr festen Standes des Kopfes an der betreffenden Seite des Beckens nicht gut an derselben eingeführt werden kann, so lässt man dasselbe mehr nach hinten vor der Kreuzdarmbeinfuge der betreffenden Seite hinaufgleiten, senkt darauf den Griff, während der Daumen durch sanften Druck auf die

hakenförmige Hervorragung des Griffes, das Emporsteigen des Blattes an der Seite des Beckens begünstigt. 2) Wenn nach der Anlegung des Zangenblattes in der linken Seite, die Anlegung des zweiten Blattes grosse Schwierigkeiten findet, so nimmt man das erste Zangenblatt wieder heraus und legt das in die rechte Mutterseite gehörige Blatt zuerst an; die weitere Anlegung ist nun verschieden, je nachdem der Kopf hoch oder tief in dem Becken stehet: bei hohem Kopfstande legt man das zweite linke Blatt über dem ersten an, und kreuzt alsdann beide Blätter vorsichtig, um sie im Schlosse vereinigen zu können: bei tiefem Kopfstande lässt man den Griff des angelegten Blattes etwas erheben, und legt das zweite Blatt unter demselben an.

§. 979.

3) Wenn nach der Anlegung des Instrumentes dasselbe sich nicht im Schlosse vereinigen lässt, weil ein oder beide Blätter sich geworfen haben, so erreicht man dieses häufig dadurch, dass man die Griffe gleichmässig gegen den Damm senkt, während beide Daumen auf die jetzt schiefstehenden hakenförmigen Hervorragungen der Griffe drücken und sie in eine horizontale Lage zu bringen suchen. Erreicht man hierdurch seinen Zweck nicht, so nimmt man das Instrument ab, und legt es von Neuem an, indem man sorgfältig darauf sieht, dass jedes Blatt seine gehörige Richtung erhält. Wenn bedeutende Schieflage des Kopfes die Ursache ist, so kann man das Instrument dem schiefen Durchmesser des Beckens annähernd anlegen und durch die Richtung der Tractionen die Kopflage verbessern. — 4) Wenn nach einer Fussgeburt oder Wendung auf die Füsse die Zange in Gebrauch gezo-

gen wird, so legt man dieselbe stets unter dem Körper des Kindes an, welcher in ein gewärmtes Tuch eingeschlagen und von einem Gehülfen erhoben wird; der Körper des Kindes wird bei der Anlegung stets von der Seite entfernt, in welcher man ein Zangenblatt anlegt; die Rotationen bei der Extraction sind möglichst klein zu machen.

§. 980.

Die Tractionen betreffend gelten folgende Regeln: 1) bei der Schieflage oder Querlage des Kopfes wird das Instrument mit Vorsicht nur so viel während der Tractionen zusammengedrückt, als durchaus nöthig ist, um das Abgleiten zu verhüten; der Kopf drehet sich alsdann nicht selten während derselben in eine günstigere Stellung, ohne die Richtung der Zange zu verändern; bleibt aber bei der Umdrehung des Kopfes das Instrument fest an demselben liegen und dreht sich in den schiefen Durchmesser des Beckens, so wird dasselbe im Schlosse gelöst, und unter Einführung zweier Finger wird ein Blatt nach dem anderen richtig gelegt und wieder geschlossen. 2) Bei der dritten und vierten gemeinen Kopflage, mit nach den Schambeinen gerichteter Stirne, so wie auch bei der ersten und zweiten Art der Gesichtslage, wird während der Tractionen die Richtung der Griffe schief abwärts länger beibehalten, als in gewöhnlichen Fällen, und später erst dieselben mässig erhoben. 3) Bei der Gesichtslage und Stirnlage dritter und vierter Art, so wie in allen Fällen des festen Anstehens des Kopfes an den Schambeinen und der Nothwendigkeit ihn in die Achse des Beckens hinabzuleiten, wirkt man rotirend, ohne besonderen Zug, durch hebelartigen Druck abwärts mit der

am Schlosse liegenden Hand und sanftem Erheben der an dem Ende der Griffe liegenden Hand, bis der Widerstand gehoben ist, worauf man die gewöhnlichen Tractionen fortsetzt.

§. 981.

4) Wenn die Zange bei dem Vorfalle der Gebärmutter angelegt wird, so muss die Extraction des Kopfes durch die Oeffnung eines zum Zurückhalten des Vorfalles vorgelegten Leinentuches geschehen, und mit besonderer Vorsicht vorgenommen werden: wenn nur die vordere Lippe des Muttermundes während der Tractionen hervortritt, so wird dieselbe von einem Gehülfen mit zwei beölten Fingern zurückgehalten. 5) Wenn bei der Zangenanlegung ein Arm neben dem Kopfe vorgefallen ist, so muss das betreffende Zangenblatt zwischen demselben und dem Kopfe hinaufgeschoben und der Arm ausgestreckt werden. Selten wird es nöthig seyn, den Arm in eine Schlinge zu legen und gleichzeitig anzuziehen. 6) Wenn die Zange abzugleiten drohet, welches man daran bemerkt, dass dieselbe bedeutend aus den Geburtstheilen hervortritt, ohne die Griffe zu erheben und ohne dass der Kopf eine tiefere Stellung eingenommen hat, so nimmt man die Zange kunstmässig ab, und legt sie von Neuem an. 7) Die Dauer der Zangenoperation und Zahl der Tractionen ist bei einem leichten Falle drei bis sechs, bei dem schwersten Falle nicht leicht über zwanzig Tractionen. Längere Dauer und grössere Zahl der Tractionen wird immer dem Kinde und häufig auch der Mutter verderblich und muss durch besondere Anzeigen geboten werden; bleibt der Kopf bei einer Operation von solcher Ausdauer und Kraft unverrückt stehen, so muss das Per-

foratorium die Geburt beendigen: doch wird dieses nur in seltenen Fällen nöthig werden. 8) Wenn die Steissgeburt mit der Zange beendigt werden soll, so muss dazu eine Zange mit möglichst geringer Kopfkrümmung gebraucht werden; das Instrument wird nur wenig zusammengedrückt, und der Zug wird so vorsichtig ausgeübt, dass es nicht abgleiten kann, indem vorzüglich die durch die Rotationen hervorgerufenen Wehen die Geburt beendigen sollen.

§. 982.

Uebele Ereignisse, welche bei der Zangenoperation vorkommen können, sind folgende: Schwierigkeit oder Unmöglichkeit die Zange anzulegen oder in dem Schlosse zu schliessen, Mitfassen eines Theiles des mütterlichen Körpers oder der Frucht, z. B. des Muttermundes, der Mutterscheide, der Nabelschnur u. s. w., Abgleiten der Zange, Unmöglichkeit den Kopf durch das Becken zu führen, ein Dammriss u. s. w.

Vergl. No. 99. — 147. — 222. — 247. — 295. — 297. — 453. — 484. — 495. — 644. — 681. — 727. — 762. — 764. — 845. — 925. — 998. — 1016. — 1057. — 1136. — 1152. — 1168. — 1203. — 1212. — 1219. — 1255. — 1262. — 1263. — 1264. — 1265. — 1276. — 1346. B. I. St. 2. — 1356. — 1365. — 1365a. — 1509. — 1729. — 1748. — 1772. — 1776. — 1778. — 1844. — 1880. — 1910. — 1965. — 1998. — 2067. — 2160. B. II. — 2371. — 2375. — 2465. B. IV. H. 3. —

Zehntes Kapitel.

Von der Anwendung des Hebels.

§. 983.

Der Hebel (*vectis*) wurde vor der Bekanntmachung der Geburtszange als Geheimniss, und auch noch längere Zeit nach derselben gebraucht, um schwierige Kopfgeburten mit demselben zu beendigen, und auch er verdankt wahrscheinlich seine Erfindung dem Erfinder der Kopfzange, Chamberlaine in London. Die zuerst in Anwendung gekommene Art des Hebels ist der stark gekrümmte Zughebel; später wurden die weniger gebogenen Druckhebel gebraucht. — Es wurden bis auf die neueren Zeiten verschiedene Veränderungen an dem Hebel vorgenommen.

Die vorzüglichsten Erfinder und Veränderer des Hebels sind: Roonhuysen, Bruin, Plaatmann, Boom, Boekelmann, Titsingh, Rigaudeaux, Morand, de Bruas, Fleurant, Camper, Pean, Wolf, Rechberger, Goubelly, Baudelocque, van Wy, Herbiniaux, Dease, Sims, Sleurs, Lowder, Aitken, Bland, Stark, Zeller, de Bree, Trye, Denison, Löffler, Robiniaux, Siebold, Martens, Pole, Maygrier, Mad. Boivin, Davis und Horn.

§. 984.

Die Anwendung des Hebels bei Gesichtslagen, Schiefständen des Kopfes, Einkeilung u. s. w. ist mit so vielen Nachtheilen verbunden, dass die Vortheile derselben, welche sich beinahe allein auf Steigerung der Geburtsthätigkeit durch den ausgeübten Reiz beschränken, die ersteren nicht aufwiegen können. Da

nun ausserdem die Anzeige zur Anwendung des Hebels erst bei so weit vorgerückter Geburt stattfindet, dass man alsdann die Zange dem unsicheren Hebelgebrauche vorziehen kann, so ist dieser gänzlich zu unterlassen, und wo etwa eine Anzeige desselben stattfindet, die Zange in Gebrauch zu ziehen.

Vergl. No. 235. — 247. — 281. — 458. — 724. — 762. — 998. — 1509. — 1732. — 1778. — 2188. — 2435. —

Eilftes Kapitel.

Von der Verkleinerung des Kindes durch scharfe Instrumente.

§. 985.

Die Verkleinerung des Körpers des Kindes durch scharfe Instrumente besteht in der Eröffnung der Höhlen desselben, um die darin enthaltenen Eingeweide zu entfernen und auf diese Weise eine Verminderung des Umfanges zu bewirken und es möglich zu machen, dass die Ausschliessung des Kindes durch die gewöhnlichen, jedoch absolut oder relativ beengten Geburtswege, durch die Kräfte der Natur oder mit Hülfe der Kunst vor sich gehen kann. In den meisten Fällen betrifft die Verkleinerung die Schädelhöhle (Perforation), in selteneren Fällen auch die übrigen Höhlen des Körpers (Embryulcie.)

§. 986.

Die Verkleinerung des Kindeskörpers ist die älteste geburtshülfliche Operation, welche besonders vor der Kenntniss der Wendung auf die Füsse und der Zange eine sehr allgemeine Anwendung fand, und bei der Geburt mit vorausgehendem Kopfe, auch ohne Beckenbeschränkung in der Absicht angewendet wurde, um dem Haken oder der Knochenzange, den einzigen Extractionsinstrumenten, welche man kannte, einen Anhaltpunkt zu verschaffen, und bei regelwidriger Kindeslage durch Eröffnung der Brusthöhle u. s. w. das Kind ausziehen zu können, ohne die Lage desselben durch die Wendung zu verbessern, und ohne das Leben des Kindes zu berücksichtigen. Bis in die Mitte des achtzehnten Jahrhunderts war diese grausame Entbindungsweise noch im allgemeinen Gebrauche, und in der neuesten Zeit wird der Enthirnung von Manchen wieder ein grösserer Wirkungskreis angewiesen, als sich mit guten geburtshülflichen Grundsätzen verträgt. Als allgemeine Anzeige kann nur ein solches Missverhältniss zwischen dem Becken und dem Kinde angenommen werden, dass der Durchgang des letzteren durch das erstere ohne Verkleinerung unmöglich ist, und der Tod desselben entweder mit Bestimmtheit erkannt ist, oder mit Sicherheit vorausgesagt werden kann.

I. Von der Perforation.

§. 987.

Die Perforation, Enthirnung (*Perforatio, excerebratio*) ist die geburtshülfliche Operation, durch welche mittelst scharfer Instrumente die Schädelhöhle des noch

in dem Uterus befindlichen Kindes eröffnet wird, um das Gehirn auszuleeren und durch Verkleinerung des Umfanges des Schädels die Ausschliessung des Kindes durch die gewöhnlichen Geburtswege möglich zu machen. Sie wird unternommen bei vorangehendem Kopfe des Kindes und nach der Wendung oder Fussgeburt.

§. 988.

Die Perforation soll nur bei wirklich erkanntem Tode des Kindes vorgenommen werden, oder doch nur unter solchen Umständen, welche die Unmöglichkeit das Leben des Kindes zu erhalten, bestimmt nachweisen, z. B. bei Einkeilung des Kopfes nach vergeblicher ausdauernder Anwendung der Zange. Daher wird die Perforation nur selten vorkommen, wenn sie nach einer richtigen Anzeige unternommen wird; ganz zu entbehren wird sie jedoch durchaus nicht seyn. Weit häufiger würde indessen diese Operation ihre Anzeige finden, wenn sie nach der Angabe der meisten englischen Geburtshelfer (Osborn) und einiger Deutschen (Wiegand) angewendet würde, welche dieselbe theils als Ersatzmittel der schweren Zangenoperationen und ganz ohne vorhergehende Anwendung der Zange, theils ohne Berücksichtigung, ob dadurch ein lebendes Kind getödet wird, anwenden; ein Verfahren, welches durchaus verwerflich ist.

§. 989.

Die Anzeigen der Perforation sind folgende: 1) Enge des Beckens von $2\frac{1}{2}$ bis 3 Zoll in dem kleinsten Durchmesser, bei bestimmt erkanntem Tode des ausgetragenen Kindes: hier kann die Perforation, nachdem die Geburtsthätigkeit sich gehörig entwickelt hat,

ohne eine weitere vorgängige Operation vorgenommen und die Austreibung des Kindes der Wehenthätigkeit überlassen werden, wenn dieselbe kräftig genug ist; 2) Einkeilung des in oder auf dem Becken stehenden Kopfes, bei einem beschränkten Becken, welches im kleinsten Durchmesser noch über drei Zoll misst, sowohl bei der Kopflage, als nach der Fussgeburt des Kindes; hier muss der Tod des Kindes entweder bestimmt erkannt seyn, oder durch eine vorhergehende hinreichend kräftige und ausdauernde Anwendung der Zange die Unmöglichkeit eines anderen Entbindungsweges erwiesen seyn, so dass die Perforation als der einzige Ausweg erscheint: in manchen Fällen dieser Art wird es schwer werden, ein bestimmtes Zeichen des Todes des Kindes zu erhalten und es ist daher rathsam, das Kind im Allgemeinen als tod anzunehmen, sobald die Zange mit hinreichender Ausdauer vergebens angewendet worden ist, statt nach dem Rathe Einiger die Operation zu verschieben, bis man mit Gewissheit den Tod des Kindes annehmen kann; ein Verfahren, welches der Mutter leicht verderblich wird. 3) Wasserkopf des Kindes von solchem Umfange, dass derselbe weder durch die Wehenthätigkeit, noch mittelst der Zange durch das Becken geführt werden kann.

§. 990.

Gegenanzeigen der Perforation sind folgende: 1) so grosse Enge des Beckens, dass weder die Instrumente mit Sicherheit und ohne Verletzung der Mutter zu dem vorliegenden Kindestheil geleitet, noch das Kind nach der Perforation durch das Becken geführt werden kann; eine Beschränkung des Beckens,

bei welcher der kleinste Durchmesser unter 2½ Zoll misst, giebt diese Gegenanzeige; 2) lebendes Kind, welches vielmehr bei einer Beckenbeschränkung unter drei Zoll die Kaisergeburt und über drei Zoll die Zange anzeigt. — Einige wollen indessen in solchen Fällen, wo das Kind lebt, die Kreissende entscheiden lassen, ob sie durch die Kaisergeburt oder durch die Perforation entbunden seyn will, welches jedoch auf falschen Ansichten des Gegenstandes beruht; 3) Geburtshinderniss durch Krampf veranlasst.

§. 991.

Die **Prognose** bei der Perforation ist durchaus nicht gleichgültig. Für die Mutter ist sie in doppelter Hinsicht zu würdigen: eines Theils, indem diese Operation unternommen wird bei einem Grade von Beckenbeschränkung, bei welchem durch den bisher erlittenen Druck und Quetschung bereits nachtheilig auf den mütterlichen Körper eingewirkt worden ist und auch noch ferner durch den bei dem Durchgange des Kopfes nach der Perforation noch zu erleidenden Druck eingewirkt wird; anderen Theils, indem die scharfen in die Mutterscheide eingeführten Instrumente leicht Veranlassung zu Verletzung der Mutter geben können. Die Prognose ist am ungünstigsten, wenn die Perforation bei bedeutender Beckenbeschränkung, zwischen zwei und drei Zoll, günstiger, wenn sie bei minderer Beckenbeschränkung, 3—3½ Zoll, und am günstigsten, wenn sie ohne Anzeige, bei einem wenig oder gar nicht beschränkten Becken vorgenommen wird. Für das Kind ist die Prognose stets ungünstig, indem nach strenger Anzeige die Operation nur nach dem Tode des Kindes vorgenommen werden soll, ungün-

stiger jedoch noch, wenn nach dem Vorgange der Engländer und WIGAND's das lebende Kind perforirt und eines Theiles seines Gehirnes beraubt wird, und noch 46 Stunden nach der Geburt lebt, ehe es durch den Tod das mörderische Bestreben des Geburtshelfers belohnt.

§. 992.

Die zweckmässigsten Instrumente zur Perforation sind die scheerenförmigen, mit auswärts gerichteter Schneide und über die Fläche gebogen, vorzüglich LEVRET-SMELLIE's Perforatorium mit der gekrümmten Spitze nach ORME: die Bequemlichkeit des Gebrauches desselben wird dadurch noch erhöhet, wenn man statt der scheerenartigen Kreuzung die Vereinigung im Schlosse so einrichtet, dass sich das Instrument durch Zusammendrücken der Griffe öffnet und mit einer zwischen denselben liegenden Feder (nach FRIED) versehen ist; doch muss alsdann durch eine Vorrichtung für das Feststellen der Griffe gesorgt werden, dass dieselben sich nicht bei dem Einführen des Instrumentes schon öffnen. Auch die trepanartigen sind in manchen Fällen mit Nutzen zu gebrauchen, so wie zuweilen auch der scharfe Haken vorzuziehen ist.

A. Perforatorien:

I. Dolch- oder nadelartige:

1) Ohne Scheide oder Spitzendecker:
ALBUCASEM, ANDREAS A CRUCE, MAURICEAU, MESNARD, DUGÉS TEREBELLUM;

2) Mit Scheide oder Spitzendecker:
OULD, BURTON, FRIED II., COUTOULY, KNAUR, WIGAND, MANCEL, RIECKE;

II. Scheerenförmige:

1) Einwärts schneidende.

Bing, Smellie, Walbaum, Klein, Lederer;

2) Auswärts schneidende:

Levret, Fried, Stein, Denman, Orme, Brünninghaussen, Klees, Müller, Scheele, Siebold, Nægelé;

III. Trepanartige.

Assalini, Jœrg, Riecke, Mende.

B. Schädelzangen:

Von Mesnard, von Stein und Müller verbessert, Fried II., Plenk, Boër, Pole, Davis.

C. Scharfe Haken und Hakenzangen:

Von Smellie, Levret, Peu, Leake, Denman, Müller, Denisson, Saxtorph, Scheel und Davis.

D. Schneidende Instrumente:

1) Kopfsägen:

Von Fried;

2) Fingerbistouris:

Von Rœderer und Stark.

3) Hakenmesser:

Von Percé, Peu, Fried, Clarke und Davis.

E. Hirnlöffel:

Von Fried.

§. 993.

Die Stelle des Schädels, in welche das Perforatorium eingestossen werden soll, ist bei der Schädellage des Kindes und bei dem scheeren- oder dolchartigen Perforatorium die Fontanelle oder Sutur, welche der Mitte des Muttermundes nahe liegt; sehr vortheilhaft ist es, wenn man die grosse Fontanelle bequem erreichen kann: für das trepanartige Instrument ist die in der Mitte des Muttermundes liegende Stelle des Schä-

dels zu wählen; bei der Gesichtslage die Augenhöhlen oder die grosse Fontanelle, wobei man sich bequem des scharfen Hakens bedient; bei der Fussgeburt die hinteren Seitenfontanellen, wobei man entweder das scheerenartige Perforatorium oder den scharfen Haken gebrauchen kann.

§. 994.

Die Kreissende wird in eine horizontale Rückenlage auf dem Querbett gebracht, und die Zange, wenn dieselbe vorher gebraucht worden war, abgenommen: ein Gehülfe fixirt mit beiden Händen den Muttergrund, welches besonders nützlich ist, wenn der vorliegende Kopf noch beweglich ist. Wenn die Mutterscheide heiss, empfindlich oder wohl gar entzündet ist, so wird vorher eine Einspritzung von erwärmtem Hyoscyamusöl gemacht. Das beölte und erwärmte Instrument wird mit der Hand ergriffen, welche der Seite entsprechend ist, in welcher die betreffende Fontanelle liegt, und zwei Finger der anderen Hand, oder auch nach den Umständen die halbe Hand, zur Leitung des Instrumentes beölt in die Mutterscheide und bis an die Stelle des Schädels, in welche das Instrument eingestossen werden soll, geführt. Man leitet nun das Perforatorium an der inneren Fläche der eingeführten Finger bis zu der betreffenden Fontanelle oder Naht, so dass die Spitze des Instrumentes den Finger nicht verlässt, fixirt die Spitze sorgfältig und stösst es mit vorsichtigem Drucke ein, wobei die zur Seite angesetzten Finger darüber wachen, dass die Spitze nicht abgleitet und etwa zwischen die Schädelknochen und die äusseren Bedeckungen derselben geräth. Wenn die äusseren Bedeckungen geöffnet sind, so dringt eine Fingerspitze

ein, trennt dieselben in dem Umfange von dem Schädel und fixirt nun von Neuem die Spitze auf der betreffenden Fontanelle, durch welche das Instrument nun bis zu den Hervorragungen desselben in die Schädelhöhle eingestossen wird. Nun öffnet man das Instrument nach der Richtung einer Naht, um die Wunde zu vergrössern, während die leitenden Finger sich nach der Richtung der Schneiden ausspreitzen, um die Weichtheile der Mutter zu schützen, schliesst dasselbe wieder, öffnet es von Neuem in einer kreuzenden Richtung, stösst es vorsichtig noch tiefer ein und dreht es in der Schädelhöhle einige Mal um, bis Gehirn in hinreichender Menge ausfliesst. Das Zurückführen des Instrumentes geschieht mit gleicher Vorsicht, wie das Einführen. — Wenn man ein trepanartiges Perforatorium gebraucht, so wird dasselbe auf gleiche Weise an die in der Mitte des Muttermundes liegende Stelle des Schädels geleitet, und durch Umdrehen desselben, wie bei der Anwendung der Trephine, der Schädel geöffnet.

§. 995.

Wenn vor der Verrichtung der Perforation, welches jedoch nur selten ist, die Zange noch nicht angewendet worden und überhaupt keine Anzeige zu schleuniger Entbindung vorhanden ist, so kann man die Ausschliessung des Kindes der Wehenthätigkeit überlassen; doch darf man die hierzu anzuwendende Zeit auch nicht zu lange ausdehnen, damit kein Nachtheil für die Mutter dadurch entsteht; in allen anderen Fällen muss nun das Kind durch die Kunst ausgezogen werden.

§. 996.

Das Ausziehen des perforirten Kopfes bewirkt man, wo möglich, mit der Hand, indem man einen oder zwei Finger in die Perforationswunde setzt und durch rotirende Bewegungen den Schädel nach der Achse des Beckens zu führen sucht: auch der eingesetzte stumpfe Haken lässt sich, unter gehöriger Sicherung seines Festhaltens durch die Finger, hierzu gebrauchen. Sobald ein Knochenstück nachgiebt und sich ablöset, so entfernt man dasselbe, oder setzt den Finger an ein feststehendes von Neuem an. Mesnard's oder Böer's Beinzangen zum Fassen und drehenden Herausführen der einzelnen Schädelknochen, sind nur bei grosser Beckenbeschränkung nöthig und müssen mit grosser Vorsicht und unter sorgfältigem Schützen der Weichtheile der Mutter durch die Hand, gebraucht werden. Die Anwendung der Geburtszange zum Herausführen des perforirten Kopfes kann nur in leichten Fällen von Nutzen seyn; in schwierigen Fällen gleitet sie ab.

§. 997.

Wenn in sehr schwierigen Fällen das Herabführen der Basis cranii nach der Entfernung des grössten Theiles der Schädelknochen grosse Schwierigkeiten macht, so ist der scharfe Haken an derselben anzusetzen, jedoch nur unter der sorgfältigsten Wachsamkeit der leitenden Finger anzuziehen, um das Ausreissen und Verletzen der mütterlichen Theile zu verhüten. Assalini's zangenförmiger Kopfzieher hat sich in solchen Fällen nützlich erwiesen: doch ist nicht selten die Hand wirksamer als alle Instrumente.

§. 998.

Bei vorliegendem Gesichte wird der scharfe Haken nach den Regeln zu einer Augenhöhle geleitet, in die Schädelhöhle eingedrückt, und unter sorgfältiger Wache der Finger, dass er nicht ausreisse, angezogen. Bei der Perforation nach der Fussgeburt wird das Perforatorium an eine der hinteren Seitenfontanellen geleitet, eingestossen und nachher der stumpfe Haken eingeführt und dadurch der Kopf ausgezogen: auch kann man hierzu den scharfen Haken gebrauchen; den scharfen Haken aber in solchen Fällen, wie es vorgeschlagen wird, zur grossen Fontanelle zu leiten, möchte wohl kaum ausführbar seyn. — Wenn nach der Fussgeburt der Kopf abgerissen und zurückgeblieben ist, und nicht mit der Zange entfernt werden kann, so wird er nach den Regeln perforirt und entweder durch die Hand oder mit Beihülfe des Hakens ausgezogen.

Vergl. No. 60. B. I. H. 1. — 80. — 279. — 334. 1125. — 1166. — 1167. — 1223. — 1224. — 1432. B. V. S. 75. — 1471. — 1531. — 1585. — 1586. — 1694. — 1762. — 1778. — 1792. — 1836. B. XVI. H. 1. — 1856. — 1884. — 2126. — 2160. B. II. — 2330. — 2424. — 2468. —

II. Von der Embryotomie.

§. 999.

Die Verkleinerung des ganzen kindlichen Körpers durch scharfe Instrumente *(Embryotomia, Embryulcia)* hat folgende Anzeigen: 1) Unmöglichkeit den Körper des Kindes wegen Enge des Beckens nach gemachter Perforation auszuziehen; 2) das nämliche Verhältniss bei der Fussgeburt oder nach der Wendung; 3) so tiefe

Einkeilung des Rumpfes des regelwidrig gelagerten Kindes in das regelmässige Becken, dass die Wendung auf die Füsse nicht ausgeführt werden kann, und wobei die Selbstentwickelung des Kindes zögert: der Tod des Kindes muss mit Bestimmtheit erkannt seyn.

§. 1000.

Die zu dieser Operation zu gebrauchenden Instrumente sind das Perforatorium und der scharfe Haken; auch kann man wohl ein sogenanntes Fingerbistouri benutzen. *a*) Wenn der perforirte Kopf bereits ausgezogen ist, der Rumpf aber zögert und weder durch Ziehen am Halse, noch durch Einsetzen des stumpfen Hakens unter das Schultergelenk herabgeführt werden kann, so leitet man den scharfen Haken mit Vorsicht zu der vorderen Fläche des Thorax und setzt ihn so ein, dass er mehrere Rippen umfasst; unter sorgfältiger Bewachung derselben durch die eingeführten Finger zieht man nun rotirend an, worauf entweder der Rumpf ausgeschlossen wird, oder bei längerem Feststehen desselben der Haken anfängt durch Vergrösserung seiner Ansatzöffnung locker zu werden. Man setzt alsdann den Haken weiter abwärts an den Thorax und zieht an, bis diese Wunde sich mit der vorigen vereinigt hat: bei längerem Widerstande geht man nun mit einem Finger in den Thorax, löset die Eingeweide desselben und führt sie heraus. Sollte nun der Bauch noch zögern (?), so stösst man das Perforatorium durch das Zwerchfell in denselben und leert durch diese Oeffnung die Baucheingeweide aus.

§. 1001.

b) Wenn nach der Fussgeburt der Rumpf wegen Beckenenge nicht herabtreten kann, so öffnet man mittelst des Perforatoriums oder eines mit einem Spitzendecker versehenen Messers den Bauch und lässt die Baucheingeweide heraustreten, zieht den Rumpf nun tiefer in das Becken, öffnet durch das Zwerchfell die Brusthöhle und löset mit dem Finger die Brusteingeweide, worauf man nach den Regeln den Kopf perforirt.

§. 1002.

c) Wenn bei einer regelwidrigen Kindeslage der Thorax so tief in das regelmässige Becken eingekeilt ist, dass man die Wendung auf die Füsse nicht ausführen kann (?), und keine Selbstwendung erwartet werden kann, so öffnet man mittelst des Perforatoriums die in der Mitte des Beckens stehende Stelle des Thorax, leert die Eingeweide desselben aus und dringt, wenn es nöthig ist, auch auf gleiche Weise durch das Zwerchfell in die Bauchhöhle, worauf entweder der Steiss von selbst herabsteigt, oder doch die Füsse leicht herabzuführen sind: die Perforation des Kopfes ist in diesem Falle nicht leicht nöthig. — Es ist als allgemeine Regel bei der Embryotomie festzustellen, dass weder einzelne Gliedmassen des Kindes abgelöst, noch der Zusammenhang des Körpers getrennt werden darf: hieraus geht hervor, was von älteren Vorschriften dieser Art, so wie von dem neueren Vorschlage Davis, mit seinem Decapitationsinstrumente den Körper des Kindes in Stücken zu schneiden, zu halten ist.

Vergl. No. 173. — 458. — 579. — 1032. — 1243. — 2075. — 2089. —

§. 1003.

Uebele Ereignisse nach der Perforation und Embryulcie können folgende seyn: Unmöglichkeit den perforirten Kopf herabzuführen, Perforation eines lebenden Kindes und Zeichen des Lebens desselben nach der Geburt, Verletzung der Weichtheile des mütterlichen Körpers, Entzündung und Brand derselben in Folge der Quetschung.

§. 1004.

Nach der Perforation und Embryulcie muss eine sehr sorgfältige Nachbehandlung eintreten, welche nach den Regeln der Behandlung des Kindbettfiebers, mit besonderer Anwendung der angemessenen Einspritzungen in die Geschlechtstheile eingerichtet wird.

Vergl. No. 60. B. I. — 80. — 83. — 279. — 334. 458. — 540. p. 335. — 1125. — 1166. — 1167. — 1223. — 1224. — 1420. — 1432. B. V. — 1446. — 1471. — 1531. — 1586. — 1600. — 1694. — 1762. — 1778. — 1792. — 1836. B. XVI. H. 1. — 1856. — 1884. — 1999. 3me Livrais. — 2031. B. V. St. 2. — 2126. — 2160. B. II. — 2207. — 2208. — 2330. — 2414. — 2424. — 2468. —

Zwölftes Kapitel.

Von dem Bauch- und Gebärmutterschnitte.

§. 1005.

Der Bauch- und Gebärmutterschnitt begreift alle künstlichen blutigen Trennungen des Bauches oder der Gebärmutter oder beider zugleich zum Behufe der Ausziehung des Kindes, also 1) den Bauchschnitt bei der graviditas extrauterina und ruptura uteri, 2) den Kaiserschnitt und seine verschiedenen Methoden, und 3) den Gebärmutterschnitt durch die Mutterscheide. Der Zweck dieser sämmtlichen Operationsmethoden besteht darin, bei der Unmöglichkeit der Entbindung auf einem anderen Wege einen neuen Weg zu eröffnen und dadurch die Möglichkeit der Erhaltung der Mutter und des Kindes zu bedingen.

§. 1006.

Obgleich in den Büchern des Talmud und den Schriften der Commentatoren derselben sich Spuren finden lassen, welche anzudeuten scheinen, dass der Kaiserschnitt an Lebenden zu jener Zeit bekannt gewesen sey, so lässt sich doch durchaus nichts Bestimmtes darüber annehmen. Später wurde der Kaiserschnitt an verstorbenen Schwangeren gemacht um die Frucht zu retten und erst im Anfange des sechszehnten Jahrhunderts findet sich der erste Fall eines mit Glück an einer Lebenden gemachten Kaiserschnittes (*Nufer*); von dieser Zeit an wurde diese Operation weit häufiger, als in neueren Zeiten, und nicht nur wegen

Beckenenge, sondern vorzüglich wegen Geburtszögerungen anderer Art vorgenommen, in welcher Rücksicht gegenwärtig eine strenge Beschränkung derselben eingetreten ist.

I. Von dem Bauchschnitte.

§. 1007.

Der Bauchschnitt (*Gastrotomia, Laparotomia*) besteht in der blutigen Eröffnung der Bauchhöhle, und die Anzeigen derselben sind folgende: graviditas extrauterina, wenn der regelmässige Geburtstermin eingetreten ist und das Kind noch lebt, oder wenn nach längerer Dauer desselben und eingetretenem Tode des Kindes so gefährliche Zufälle entstehen, dass man das einzige Mittel der Erhaltung der Mutter in der Operation findet; 2) Ruptura uteri oder Vaginae und Uebergang des Kindes in die Bauchhöhle; wenn die Mutter noch lebt, so soll hier die Operation bald vorgenommen werden, in anderen Fällen, nachdem die Mutter gestorben ist, darf sie aber wegen der möglichen Erhaltung des Kindes nicht unterlassen werden.

§. 1008.

Die Prognose ist bei dem Bauchschnitte im Allgemeinen ungünstig, doch hat man auch nicht seltene Beobachtungen von der Erhaltung der Entbundenen: da diese Operation nur unter den ungünstigsten Umständen unternommen wird und nicht selten das einzige mögliche Rettungsmittel ist, so kann man das Resultat des Ausganges verhältnissmässig günstig nennen.

1. Eröffnung der Bauchhöhle durch die Mutterscheide.

§. 1009.

Die Eröffnung der Bauchhöhle durch die Mutterscheide findet nur dann ihre Anzeige, wenn bei einer Bauchschwangerschaft der Kopf oder die Füsse des Kindes mit Bestimmtheit durch das Scheidengewölbe erkannt werden. Diese Art, die Bauchhöhle zu eröffnen, lässt eher einen günstigen Erfolg erwarten, als jede andere. Die Zeit der Operation wird durch möglichst genaue Ausmittelung des regelmässigen Geburtstermines bestimmt.

§. 1010.

Nachdem der gerade Darm und die Urinblase entleert worden sind, bringt man in einer flachen Rückenlage der Kreissenden auf dem Querbette ein Speculum vaginae in die Mutterscheide und erweitert dieselbe vorsichtig und allmählig, während von Zeit zu Zeit lauwarme Einspritzungen eines Malven- und Cicutadecoctes gemacht werden. Dieser Theil der Operation darf nicht übereilt werden; er verlangt einige Zeit, ohne jedoch das mechanische Einwirken so stark und dauernd werden zu lassen, dass Entzündung der Scheide entsteht.

§. 1011.

Darauf führt man zwei beölte Finger, oder, wenn es nöthig ist, die halbe Hand, in die Mutterscheide und setzt die Spitzen derselben an die Mitte der Stelle des Scheidengewölbes, hinter welcher der vorliegende Kindestheil gefunden wird. In der hohlen Hand führt man nun ein bauchiges Bistouri, welches mit Klebe-

pflaster bis gegen die Spitze desselben umwickelt ist, ein und macht unter Leitung des in der Scheide befindlichen Zeigefingers, welcher sich an den Rücken des Instrumentes legt, seichte, wiederholte Einschnitte in das Scheidengewölbe in der Richtung des Quer- oder eines schiefen Durchmessers des Beckens, bis der Zeigefinger findet, dass das Scheidengewölbe geöffnet ist. Das Messer wird hierauf zurückgezogen, und ein Knopfbistouri, welches auch bis auf einen Zoll von der Spitze mit Klebepflasterstreifen umwickelt ist, auf gleiche Weise eingeführt, mit dem Knopfe durch die gemachte Wunde durchgeführt und die letztere nach beiden Seiten hinreichend erweitert, und wenn es nöthig gefunden würde, auch durch Führung des Messers nach vorn und nach hinten in eine Kreuzöffnung verwandelt. Man wartet nun das Herabtreten des vorliegenden Kindestheils wenigstens so lange ab, bis ein Theil desselben durch die Operationswunde in die Mutterscheide herabragt, und befördert bei längerer Zögerung die Geburt bei der Kopflage durch die Zange, und bei der Fusslage durch Anziehen der Füsse. Wenn die Nachgeburt leicht folgt, und ohne Hülfe in die Mutterscheide herabsteigt, so nimmt man sie nach den Regeln weg, im entgegengesetzten Falle überlässt man die Entfernung derselben der Natur und der Eiterung. In die Mutterscheide wird gleich nach der Ausschliessung des Kindes ein kleiner, an einen Faden befestigter Schwamm eingelegt und mehrmals täglich gewechselt.

Vergl. No. 1491b. — 1778. — 2040. B. IV. St. 2. S. 320. — 2456. B. III. Abth. 1. S. 226. —

2. Eröffnung der Bauchhöhle durch die Bauchwandung.

§. 1012.

Die Eröffnung der Bauchhöhle durch die Bauchwandung, der Bauchschnitt im engeren Sinne (*gastrotomia, Laparotomia*), findet ihre Anzeigen: 1) in der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter, wenn der regelmässige Geburtstermin herbeigekommen ist, und das Kind mit Bestimmtheit als lebend erkannt wird, oder wenn bei todtem Kinde so bedeutende Zufälle eintreten, dass dadurch dringende Lebensgefahr der Mutter entsteht; und 2) in dem ganz oder doch grössten Theils erfolgten Uebergange des Kindes in die Bauchhöhle durch einen Gebärmutter- oder Mutterscheidenriss. Die Prognose ist bei dieser Operation schon ungünstig, insofern dadurch der Unterleib geöffnet und die wichtigen Eingeweide desselben dem Zutritte der atmosphärischen Luft ausgesetzt werden; sie wird aber noch ungünstiger durch die Umstände der Schwangeren, unter welchen sie unternommen wird, namentlich bei der graviditas extrauterina und bei dem Gebärmutter- oder Mutterscheidenrisse.

§. 1013.

Nachdem die Stuhl- und Urinausleerung besorgt, und die Frau in eine horizontale Rückenlage an den rechten Bettrand gelegt worden ist, fixirt ein Gehülfe durch Anlegen seiner beiden Hände das Kind an der Stelle des Leibes, an welcher es gefunden wird: gemeiniglich ist es eine Seite desselben; andere Gehülfen versichern sich der Hände und Füsse der Schwangeren und sind zum Darreichen der Instrumente u. s. w.

bereit. Der Geburtshelfer steht auf der rechten Seite der Schwangeren, spannt mit der linken Hand die Haut an der Operationsstelle und macht mit einem bauchigen Bistouri einen Schnitt von sechs Zoll Länge in schiefer Richtung abwärts gegen die Schambeinfuge, welcher wiederholt wird, bis das Bauchfell sich entblösst zeigt. Dieses öffnet man vorsichtig in der Länge eines Zolles, bringt ein Knopfbistouri ein und verlängert unter Leitung des Zeigefingers die kleine Oeffnung nach der Richtung und in der Grösse des Schnittes durch die äusseren Bedeckungen. Man öffnet nun die Eihülle, ergreift das Kind an dem vorliegenden Theile desselben und hebt es vorsichtig heraus, während jetzt ein Gehülfe mit einer beölten Serviette oder einem Schwamme von dem oberen Wundwinkel her dem Darmvorfalle begegnet. Wenn die Nachgeburt sich nicht mit Leichtigkeit entfernen lässt, so überlässt man die Ausscheidung derselben der Eiterung und legt einen Verband, wie nach der Kaisergeburt, an; auch die Nachbehandlung ist wie nach dieser Operation.

Vergl. No. 928. — 1778. — 2130. — 2456. B. III. Abth. 1. S. 210.

II. Von dem Gebärmutterschnitte.

§. 1014.

Der Gebärmutterschnitt, Kaiserschnitt, (*Gastro-hysterotomia, Laparo-hysterotomia, Sectio caesarea*) ist die blutige Operation, durch welche die Bauch- und Gebärmutterwandung mittelst eines Einschnittes von hinreichender Länge getrennt wird, um das Kind und die Nachgeburt desselben auf diesem Wege aus dem Uterus zu entfernen.

§. 1015.

Die Anzeigen des Kaiserschnittes sind folgende: 1) Beschränkung des Beckens unter $2\frac{1}{2}$ Zoll in dem kleinsten Durchmesser, bei lebendem und todtem Kinde, indem hier kein anderer Entbindungsweg übrig ist; 2) Beschränkung des Beckens von $2\frac{1}{2}$ bis unter 3 Zoll im kleinsten Durchmesser, bei bestimmt erkanntem Leben des ausgetragenen Kindes; 3) Tod der Mutter nach der 28sten Schwangerschaftswoche. Gegenanzeigen des Kaiserschnittes sind: 1) das Maass des kleinsten Beckendurchmessers über drei Zoll, 2) todtes Kind bei dem kleinsten Durchmesser über $2\frac{1}{2}$ Zoll; 3) bedeutende andere Entbindungsversuche, besonders die bereits vorgenommene Enthirnung.

§. 1016.

Die Prognose bei der Kaisergeburt zeigt sich im Allgemeinen ziemlich ungünstig, indem die Zahl der nach dieser Entbindungsart Verstorbenen grösser ist, als die Zahl der Hergestellten; doch sind auch mehrere Beispiele bekannt, dass eine Person wiederholt durch den Kaiserschnitt entbunden worden ist. Die Gefahr beruht zwar im Allgemeinen auf der Grösse und Bedeutung der Verwundung, indem die Bauchwandung und das Bauchfell in einer grossen Strecke getrennt und der Luft der Zutritt zu den Baucheingeweiden gestattet, auch wohl Vorfall dieser letzteren veranlasst wird; ferner auf der Bedeutung der Verletzung des Uterus und dessen unvollkommener Zusammenziehung und Vereinigung der Operationswunde, und auf der nachfolgenden Entzündung und deren Folgen. Vorzüglich ist jedoch auch das Allgemeinbe-

finden der Kreissenden in Anschlag zu bringen, welches bei einer solchen Verbildung, dass die Geburt dadurch unmöglich gemacht wird, mehr oder minder gestört ist. Es ergeben sich in dieser Rücksicht drei verschiedene Grade der Gefahr nach dem allgemeinen Zustande des mütterlichen Körpers. *a*) Wenn ohne rationelle Anzeige bei einem wohlgebildeten weiblichen Körper die Kaisergeburt unternommen wird, so ist die Prognose die günstigste, weil theils die Constitution im Allgemeinen die Heilung begünstigt, theils das gut gebaute Becken die Senkung der verwundeten Gebärmutter in dasselbe gestattet. *b*) Minder günstig ist die Prognose, wenn bei einem rhachitischen Becken die Kaisergeburt vorgenommen wird; doch ist auch hier der Grad der Verbildung des ganzen Körpers mit in Anschlag zu bringen und zugleich zu berücksichtigen, dass nur noch die Folgen einer Krankheit, aber nicht mehr diese letztere selbst, vorhanden sind. c) Die ungünstigste Prognose findet statt, wenn das Becken durch Osteomalacie nach erlangter Pubertät verdorben wurde, indem bei der Entbindung gemeiniglich diese bedeutende Reproductionskrankheit noch besteht und beinahe alle Aussicht zu einem glücklichen Ausgange für die Mutter benimmt. — Ausserdem ist auch für die Prognose der Zeitpunkt, an welchem die Operation vorgenommen wird, und die äusseren Verhältnisse der Kreissenden anzuschlagen. — Für das Kind ist die Prognose durchaus günstig, wenn nur die Operation früh genug unternommen wird.

§. 1017.

Der beste Zeitpunkt zur Operation ist offenbar erst dann vorhanden, wenn sich die Wehenthätigkeit eini-

germassen verarbeitet hat. Wenn daher keine Gefahr für das Kind von der längeren Dauer und dem starken Anpressen des Kindes auf das deforme Becken zu fürchten wäre, so würde die vierte Geburtsperiode der rechte Zeitpunkt seyn: aus dem angegebenen Grunde und weil es in der Regel vortheilhaft ist, die Operation vor dem Wassersprunge vorzunehmen, ist indessen das Ende der zweiten Geburtsperiode der richtige und beste Zeitpunkt. Nur in dem Falle, wenn der Uterus ungemein von Fruchtwasser ausgedehnt ist, so dass man für die Contractionsfähigkeit desselben nach der Operation fürchten muss, ist es rathsam, den Wassersprung abzuwarten, und kurze Zeit nach demselben zu operiren.

§. 1018.

Bei schwächlichen Schwangeren ist es nützlich, durch ein prophylactisches Verfahren einige Zeit vor der Operation das Allgemeinbefinden zu verbessern. Ausser der Anordnung eines angemessenen diätetischen Verhaltens, sowohl rücksichtlich der Nahrungsmittel, als auch rücksichtlich der Wohnung, Lagerstätte, Bewegung u. s. w. hat man vorzüglich darauf zu sehen, dass die Darmausleerung ungestört von statten gehet; zugleich lässt man von Zeit zu Zeit ein lauwarmes Kräuterbad anwenden. Besonders sucht man auf die Gemüthsstimmung der Schwangeren zu wirken: aber erst bei dem Anfange der Geburt und in dem Verlaufe derselben macht man ihr die Nothwendigkeit der Operation bekannt, wobei es stets erwünscht ist, dass sie sich freiwillig und ohne Zureden zu derselben entschliesst. Rücksichtlich der Bestimmung der Anzeige und des ganzen Vorganges der Operation ist die

Gegenwart eines erfahrenen Geburtshelfers oder Arztes zu wünschen, und wenn es die Umstände erlauben, so sind drei bis fünf sachkundige Gehülfen hinzuzuziehen.

§. 1019.

Der nöthige Apparat enthält Folgendes: zwei etwas starke Bistouris, ein bauchiges und ein gerades geknöpftes, eine Hohlsonde, Geräthe zur Unterbindung der Schlagadern, Arterienhaken, Pincette, Nadeln und gewichste Fäden, die Vorrichtungen zur Bauchnaht, Nadeln, gewichste doppelte Fäden oder leinene schmale Bändchen, mehrere grosse und kleine Schwämme und Servietten, warmes und kaltes Wasser, Oel, Wein, Essig und ein styptisches Pulver, Charpie, Compressen, eine breite Bauchbinde und alle übrigen Vorrichtungen, welche man bei regelmässigen und regelwidrigen Geburten bedarf.

§. 1020.

Das Zimmer, in welchem die Operation verrichtet werden soll, muss durch das einfallende Tageslicht, oder wenn es nicht vermieden werden konnte bei Nacht zu operiren, durch Lichter hinreichend erhellt seyn; die Temperatur desselben muss mässig warm und die Luft rein seyn; alle überflüssigen Personen müssen entfernt werden. Das Lager kann ein schmales Bett oder Sopha seyn, welches von beiden Seiten zugänglich ist, oder das Querbett, oder ein schmaler, langer, mit einer Matratze und einem Betttuche belegter Tisch. Die Lage der Kreissenden muss horizontal, mit etwas erhöhetem Becken und Schultern seyn. Die Kleidung muss so beschaffen seyn, dass der Bauch frei gemacht

werden kann, ohne den übrigen Körper zu entblössen. Der gerade Darm und die Urinblase werden entleert.

§. 1021.

Rücksichtlich der Stelle und Richtung des Einschnittes sind vorzüglich vier verschiedene Methoden in Anwendung gebracht worden. 1) Der Schnitt in der weissen Linie, etwa einen Zoll unter dem Nabel anfangend und anderthalb Zoll über der Schambeinfuge endigend, nach Déleurye; 2) der schiefe Schnitt zur Seite der weissen Linie, schief von einer Seite gegen die Schambeinfuge laufend, nach Stein d. ä.; 3) der Querschnitt auf einer Seite des Bauches nach Lauverjat; 4) der schiefe Schnitt durch die weisse Linie hindurch nach Stein d. j. Jede dieser Methoden kann ihre Anwendung finden, besonders ist aber die erste, zweite und vierte zu empfehlen. Die Länge des Schnittes soll etwa sechs Zoll halten, und darf höchstens bis zu sieben Zoll verlängert werden.

§. 1022.

Nachdem die Kreissende in eine angemessene Lage gebracht worden ist, stellen sich zwei Gehülfen, der erste rechts an das Kopfende und der andere links an das Fussende des Lagers und versichern sich mit Vorsicht der Extremitäten; der dritte Gehülfe stellt sich an die linke Seite des Kopfendes des Lagers, beugt sich vor dem Gesichte der Kreissenden vor und fixirt mit Anlegung beider Hände den Uterus; dieser Gehülfe hat vorzüglich gegen das Vorfallen der Gedärme und des Netzes zu wachen. Der Geburtshelfer stellt sich auf die rechte Seite, und bemerkt sich die Anfangs- und Endpunkte des Schnittes, welche man nach

dem Vorschlage Einiger mit Tinte bezeichnen soll. Hierauf bildet er mit der linken Hand und unterstützt von einem Gehülfen eine grosse Hautfalte, schneidet dieselbe mit dem bauchigen Bistouri durch und verlängert den Schnitt durch Messerzüge bis zu der bestimmten Länge: oder er spannt die Haut mit der linken Hand und schneidet dieselbe mit einem Zuge durch. Durch fernere vorsichtige Messerzüge werden die Bauchmuskeln, welche zuweilen ungemein verdünnt gefunden werden, getrennt und das Bauchfell blosgelegt, worauf das Blut von einem Gehülfen mittelst eines Schwammes weggenommen wird. Selten wird man nöthig haben, eine durchgeschnittene Arterie zu unterbinden; gemeiniglich stillt sich das Blut in einem solchen Falle durch den Fingerdruck.

§. 1023.

Man schneidet nun vorsichtig das Bauchfell in der Mitte der Schnittwunde mit dem bauchigen Bistouri in der Länge eines Zolles durch, führt den beölten Zeigefinger der linken Hand in diese Wunde und trennt nach der Richtung und in der Länge der Operationswunde das Bauchfell mittelst des Knopfbistouris, wobei die Spitze des Zeigefingers stets vor dem Messer hergeführt wird, um die Verletzung etwa vorliegender Darmschlingen oder der Harnblase zu verhüten. In seltenen Fällen drängt sich jetzt eine Darmschlinge in die Operationswunde, welche sogleich durch den Gehülfen zurückgeführt wird.

§. 1024.

Nach der Eröffnung des Bauchfelles drängt sich der blaurothe Uterus in die Operationswunde, und die

Geburt muss jetzt wegen der Gefahr des Berstens desselben mit Vorsicht beschleunigt werden. Man schneidet den Uterus mit wiederholten Zügen des bauchigen Bistouris an dem oberen Ende der Operationswunde in der Länge eines Zolles ein, bis man auf die Eihäute stösst, und verlängert diese Wunde durch Einführung des Knopfbistouris auf dem Zeigefinger oder auf der Hohlsonde; hierbei pflegt etwas Blut aus den Venen des Uterus ergossen zu werden, welches sorgfältig mit dem Schwamme entfernt wird. Jetzt muss der Gehülfe sich vorbereiten, dem Darmvorfalle zu begegnen, welcher gleich mit der Ausziehung des Kindes erfolgt, weshalb er einen beölten grossen Badeschwamm oder eine beölte Serviette über den oberen Wundwinkel legt.

§. 1025.

Wenn die Eihäute noch ungetrennt sind, so sprengt man dieselben in der Mitte der Uteruswunde, erweitert die Oeffnung nach unten und oben, geht mit der rechten Hand in die Eihöhle und ergreift das Kind an dem vorliegenden Theile, am Besten an den Füssen, wenn sie vorliegen; vier Finger der linken Hand führt man an dem unteren Wundwinkel in den Uterus, sobald die rechte Hand sich mit dem ergriffenen Theile des Kindes zurückzieht, und hebt so mit beiden Händen das Kind aus dem Uterus, mit der Vorsicht, dass sich der letztere nicht um den zuletzt heraustretenden Kindestheil zusammenziehen kann. Wenn das Fruchtwasser schon abgeflossen war, so drängt sich nach der Eröffnung des Uterus das Kind in die Wunde und wird dann auf gleiche Weise ergriffen und hervorgehoben. Die Nabelschnur wird unterbunden und durch-

geschnitten, und das Kind der Hebamme zur Besorgung übergeben.

§. 1026.

Wenn der Uterus sich während und nach dem Hervorheben des Kindes verkleinert, so wird ein grosser Theil des oberen Winkels der Bauchwunde frei, und es drängen sich Gedärme und Netz gewaltsam durch denselben hervor. Um dieses zu verhüten, schiebt der Gehülfe während des Austrittes des Kindes durch die Uteruswunde den beölten Schwamm allmählig von oben vor die Bauchwunde und verschliesst dieselbe dadurch: wenn sich demungeachtet Gedärme hervorgedrängt haben, so werden dieselben zurückgeführt und mittelst des Schwammes zurückgehalten. Zuweilen tritt jetzt Würgen oder Erbrechen ein, gegen welches sich das Opium nützlich erzeigt.

§. 1027.

Nachdem die Bauchwunde während fünf bis zehn Minuten durch den Schwamm verschlossen gehalten worden ist, so führt man von dem unteren Wundwinkel her zwei Finger der rechten Hand beölt in die Uteruswunde, während man mit der linken Hand die Nabelschnur anspannt. Mehr durch Hervorheben, als durch Zug an der Nabelschnur entfernt man nun die Placenta, welche man, wenn sie noch nicht ganz gelöst ist, mit den Fingern vorsichtig lostrennt. Das von Einigen vorgeschlagene Hinabführen der Nabelschnur durch den Muttermund, um die Placenta liegen zu lassen, bis sie sich auf diesem Wege entfernt, ist zu verwerfen, da sie eher ihren Weg durch die Uteruswunde in die Bauchhöhle, als durch den Muttermund und das beschränkte Becken nehmen wird.

§. 1028.

Nachdem durch sanftes Streichen von den Seiten her und durch Auftupfen mit dem Schwamme die Unterleibshöhle möglichst von ergossenen Feuchtigkeiten gereinigt worden ist, auch die Gebärmutter sich hinreichend zusammengezogen hat, welches durch vorsichtiges Reiben und Drücken derselben befördert werden kann, so legt man die Bauchnaht an, welche, der Erfahrung gemäss, nicht leicht entbehrt werden kann. Die blutigen Hefte werden von dem unteren Wundwinkel anfangend angelegt, etwa in einer Entfernung von anderthalb Zoll von einander, und es ist sehr vortheilhaft, wenn das Bauchfell nicht mit durchstochen wird. In den unteren Wundwinkel legt man einen ausgefranzten, mit Cerat bestrichenen Leinwandstreifen; zwischen den blutigen Heften vereinigt man die Wundränder durch sich kreuzende zollbreite Klebepflasterstreifen, welche so lang sind, dass sie über die Seiten bis gegen den Rücken hin reichen. Ueber diesen Vereinigungsapparat legt man Charpiebauschen, Compressen, und eine stützende Bauchbinde oder einen breiten leinenen Bauchgürtel, welcher vorzüglich eingerichtet seyn muss, die vordere Wand des Uterus zu stützen. — Die Lage nach der Operation ist am Besten die Rückenlage, obgleich später auch die Seitenlage nützlich seyn kann: die einmal in einem günstig beendigten Falle angewendete Bauchlage kann nicht empfohlen werden, weil sie mit zu bedeutenden Ungemächlichkeiten und selbst Gefahr verbunden ist.

§. 1029.

Nach Gräfe soll man vor dem Bauchschnitte durch einen angebrachten und fortgesetzten Kreisschwamm-

druck die etwa vor der Gebärmutter befindlichen Darmschlingen, Netz u. s. w. entfernen; in den meisten Fällen ist dieses Verfahren überflüssig, da sich keine Gedärme vor dem Uterus befinden, und wenn dieses in seltenen Fällen stattfindet, so ist es nicht immer zureichend: doch steht seiner Anwendung nichts im Wege und es kann empfohlen werden. — Der Vorschlag Autenrieth's, die blutigen Hefte nach der Ausführung des Bauchschnittes anzulegen, dieselben aufwärts zu schlagen, und dann erst den Gebärmutterschnitt vorzunehmen, ist zwar ausführbar, ohne sich jedoch besonders zu empfehlen. — Wenn man es nicht hat vermeiden können, den Uterus an der Stelle des Placentensitzes einzuschneiden, so ergiessen die Gefässe des ersteren eine grosse Menge Blutes; man muss alsdann möglichst eilen, die Geburt zu vollenden, und zu dem Ende mit der Hand eingehen, die Placenta an einer Seite ablösen, die Blase sprengen und das Kind hervorheben: auch ist es alsdann rathsam, die Placenta baldigst ganz abzulösen und zu entfernen; die Zusammenziehung der Gebärmutter stillt die Blutung bald. Der Vorschlag in diesem Falle das ganze Ei loszutrennen und sammt dem Kinde hervorzuheben, ist ohne eine übermässige Vergrösserung der Uteruswunde unausführbar.

§. 1030.

Die Nachbehandlung hat vorzüglich dahin zu wirken, die Wunde durch schnelle Vereinigung zu heilen. Die innere Behandlung ist daher vorzüglich nach den Grundsätzen der Behandlung des Puerperalfiebers einzurichten. Wenn es die Entbundene ertragen kann, so ist vorzüglich das Säugen des Kindes zu empfeh-

len, die Wochenschweisse und Lochiensecretion zu beachten, eine ruhige horizontale Lage zu beobachten, und die Entzündung zu mässigen: in dieser letzteren Rücksicht findet jedoch nur selten das allgemeine Aderlass, häufiger die Blutegel ihre Anwendung; besonders sind ölige Emulsionen mit Hyoscyamusextract, Lactucarium u. s. w. zu empfehlen, um den gesteigerten Reizzustand des Unterleibes herabzustimmen und bei hohem Entzündungszustande giebt man Calomel in Verbindung mit einem beruhigenden Mittel: der innere Gebrauch des Tartarus stibiatus, welcher sehr zu empfehlen ist, wird wegen der vorhandenen Neigung zum Erbrechen selten vertragen. Die Salze, so wie alle anderen reizenden Mittel, sind innerlich zu vermeiden. Die Stuhlausleerung wird durch Klystiere unterhalten und durch Untersuchung der Scheide erforscht, ob der Lochienausleerung nichts im Wege stehet. Der Verband bleibt drei Tage lang unverändert, wird so selten als möglich erneuert, und überhaupt die Operationswunde nach den wundärztlichen Regeln behandelt: der Ausfluss der Feuchtigkeiten aus dem unteren Wundwinkel wird durch tägliches Verrücken des ausgefranzten Leinwandstreifens gefördert, und darauf geachtet, ob sich in der Nähe der Operationswunde Abscesse hinter der Bauchwand bilden. Einspritzungen in die Wunde sind durchaus zu vermeiden. Zur Nachkur hat man längere Zeit eine Bauchbinde oder einen Gürtel tragen zu lassen.

§. 1031.

Als besondere Vorschläge, um die Gefahr bei der Kaisergeburt zu mindern, sind folgende gemacht worden: 1) die Exstirpation der ganzen schwangeren Ge-

bärmutter, von Michaelis; 2) die Einführung der Hand in die Gebärmutter, Andrücken des Kopfes mit derselben gegen die Bauchwandung und Einschneiden der letzteren und der Gebärmutter auf dem Kopfe des Kindes in der Länge von vier Zoll, von Osiander; 3) der Vorschlag, nach vollendetem Bauchschnitte, das Scheidengewölbe zu öffnen, und den Mutterhals einzuschneiden, um das Kind auf diesem Wege hervortreten zu lassen, von Jörg; 4) der Vorschlag, nach Eröffnung der Bauchwandung durch einen halbmondförmigen Schnitt von dem Hüftbeinkamme nach der Schamfuge, das Bauchfell unverletzt zu erhalten, und den Scheidengrund und Mutterhals zu eröffnen, von Ritgen; 5) der Vorschlag, die Bauchwand bei mässig angefüllter Urinblase quer über den Schambeinen zu durchschneiden, und durch Lostrennung des Bauchfelles sich einen Weg zu dem Uterus zu bahnen, ohne das erstere zu verletzen, von Physick; 6) Baudelocque's d. j. Gastro-elytrotomie, welche mehr oder minder mit diesen letzteren Vorschlägen übereinstimmt. Diese sämmtlichen Angaben sind aber sowohl nach der Analogie als nach der darüber bekannten Erfahrung theils unausführbar, theils nutzlos.

§. 1032.

Uebele Ereignisse während und nach dem Kaiserschnitte können folgende seyn: Einschnitt in den Uterus an der Stelle des Placentensitzes, bedeutender Blutfluss, Einschnürung des zuletzt austretenden Kopfes durch Zusammenziehung der Gebärmutter, bedeutender Gedärmvorfall, Einklemmung eines Darm- oder Netzstückes in die Gebärmutter- und Bauchwunde, heftiges Würgen oder Erbrechen, Mangel an Zusam-

menziehung der Gebärmutter und Klaffen der Wunde derselben, hoher Entzündungszustand des Uterus, des Bauchfelles, der Gedärme u. s. w., Uebergang in seröse Ergiessung, Eiterung oder Brand, nervöse Zufälle, Ohnmachten, Schluchzen und Convulsionen, ein Bauchbruch, Zerreissung der Uterusnarbe nach der Heilung bei einer zweiten Schwangerschaft u. s. w.

Vergl. No. 60. B. St. 2. — 65. — 67. 1812. St. 197. S. 1961. — 118. — 152. — 183. — 209. — 325. — 334. — 365. — 415. — Vol. II. 1813. — 424. — 425. — 457. — 466. — 471. — 507. — 521. — 544. — 578. — 599. — 641. — 670. — 676. — 696. No. 165. Oct. 1824. No. 239. Oct. 1825. — 701. — 750. — 767. — 968. — 1025. — 1032. — 1033. — 1073. — 1119. — 1124. — 1126. — 1131. — 1166. — 1218. — 1259. — 1289. — 1329. — 1337. — 1360. — 1371. — 1395. Pl. LXXVI. p. 75. — 1462. — 1476. — 1504. — 1541. — 1600. B. II. Abth. 2. — 1623. — 1679. — 1690. — 1730. — 1757a. Juillet. 1824. — 1758. — 1778. — 1800. — 1822. — 1823. — 1824. — 1833. — 1849. — 1850. — 1851. — 1852. — 1853. — 1860. — 1872. — 2031. B. III. S. 80. B. V. S. 89. — 2040. B. III. St. 2. S. 227. B. V. St. 3. — 2064. — 2065. — 2074. — 2096. — 2146. — 2149. 2153. — 2165. — 2330. — 2350. — 2370. — 2378. — 2386. — 2391. — 2409. St. 2. S. 96. — 2413. — 2456. B. III. Abth. 1. — 2457. — 2465. B. III. —

III. Von dem Gebärmutterschnitte durch die Mutterscheide.

§. 1033.

Die blutige Eröffnung oder Erweiterung des Muttermundes findet ihre Anzeige, wenn bei regelmässiger Beschaffenheit des Beckens der Muttermund entweder verwachsen oder so verengert ist, dass die Frucht ohne dieses Kunstverfahren nicht ausgeschlossen werden kann (§§. 638—642). Der Zeitpunkt zur Ausführung der Operation ist die Mitte der zweiten Geburtsperiode, d. h. wenn die Wehenthätigkeit sich so weit entwickelt hat, wie sie um diese Zeit sich zu äussern pflegt. Die Prognose ist bei kunstmässiger Ausführung der Operation nicht ungünstig.

§. 1034.

Wenn der Muttermund nur verengert und nicht ganz verschlossen ist, so führt man ein Knopfbistouri, welches bis auf einen Zoll von dem Knopfe mit Klebepflasterstreifen umwickelt ist, in den Muttermund und schneidet denselben nach mehreren Seiten um einen Viertel- bis halben Zoll ein, worauf man die Ausschliessung des Kindes der Wehenthätigkeit überlässt, oder bei längerer Zögerung durch die Kunst beendigt. Wenn aber der Muttermund ganz verschlossen gefunden wird (?), so macht man zuerst durch seichte Schnitte mit einem bauchigen, bis nahe an die Spitze umwickelten Bistouri, eine Oeffnung von einem Zoll Länge in die Scheidenportion der Gebärmutter und erweitert dieselbe darauf nach verschiedenen Seiten mittelst des geknöpften Bistouris. Die Erweiterung nach mehreren Seiten ist stets dem Schnitte nach einer

Seite hin vorzuziehen, indem bei dem letzteren die Gefahr der Zerreissung des Gebärmutterhalses vorhanden ist. Auch in diesem Falle wird die Beendigung der Geburt der Natur überlassen, und nur bei längerer Zögerung die Kunst in Anwendung gebracht.

Vergl. No. 173. — 643. — 1165. — 1599. B. II. pag. 269. — 2180. — 2466. 1821. No. 50. S. 398.

Dreizehntes Kapitel.

Von dem Schamfugenschnitte.

§. 1035.

Der Schamfugenschnitt, die Schambeintrennung (*Synchondrotomia, Symphysiotomia, Sectio symphyseos ossium pubis*) ist die blutige Trennung der Schambeinverbindung während der Geburt und hat den Zweck durch Auseinanderweichen der Seitenbeckenknochen den beschränkten Beckenkanal zu erweitern, und den Durchgang des Kindes durch denselben möglich zu machen. Diese Operation wurde im Jahre 1768 von Sigault in Paris der Akademie vorgeschlagen, und im Jahre 1777 von demselben mit glücklichem Erfolge ausgeführt, später theils wegen des häufig unglücklichen Ausganges, theils wegen ihrer nutzlosen Anwendung beinahe ganz wieder aufgegeben, bis sie in den neuesten Zeiten wieder mehrere Vertheidiger gefunden hat.

§. 1036.

Da nach der Trennung der Schambeinverbindung die Schambeine in dieser letzteren nicht weiter als

zwei Zoll von einander entfernt werden dürfen, wenn nicht eine nachtheilige Dehnung der Kreuzdarmbeinverbindungen und der Weichgebilde in der Nähe der Schambeinverbindung eintreten soll, so ist der Gewinn der Erweiterung bei dem beschränkten Becken nur gering: für die Conjugata wird derselbe kaum einen halben Zoll, und für die schiefen und den Querdurchmesser etwas mehr betragen. Daher kann der Schamfugenschnitt nur bei einem Becken angewendet werden, welches über $2\frac{3}{4}$ bis 3 Zoll in dem kleinsten Durchmesser hat, und darf aus diesem Grunde als ein Ersatzmittel für die Kaisergeburt nicht angesehen werden, sondern seine Anzeige kann höchstens für solche Beckenverhältnisse gelten, in welchen die künstliche Frühgeburt und die Perforation ihre Stelle finden. Unter diesen Umständen kann die Anwendung desselben nicht leicht mehr gedacht werden. Auch ist die Prognose bei dieser Operation nicht so günstig, wie die Freunde derselben sie angeben, und es bestehen zahlreiche Erfahrungen des ungünstigen Ausganges derselben.

§. 1037.

Wenn man indessen glaubt, eine Anzeige für die Ausführung des Schamfugenschnittes gefunden zu haben, so darf derselbe nicht früher als gegen das Ende der zweiten Geburtsperiode unternommen werden, um nicht durch frühere Anwendung die Entwickelung der Wehenthätigkeit und Erweiterung des Muttermundes zu stören, aber auch nicht viel später, um nicht durch längeres Anpressen des Kopfes des Kindes auf den beengten Beckeneingang das Leben des Kindes zu gefährden. Der gerade Darm und die Urinblase wer-

den entleert und die Kreissende in einer horizontalen Lage, mit mässig angezogenen und etwas in den Knieen von einander entfernten Schenkeln, an den rechten Rand eines gewöhnlichen Bettes, oder auf das Querbett oder auf einen mit Matratzen belegten Tisch gelegt, und die Schamhaare auf dem Schamberge sorgfältig abrasirt. Die Extremitäten werden durch Gehülfen festgehalten. Der in die Blase eingeführte silberne Katheter bleibt während der Operation in derselben liegen.

§. 1038.

Der Geburtshelfer, welcher zur rechten Seite des Lagers steht, mittelt sorgfältig die Lage der Schambeinfuge aus, spannt die Haut über derselben mit den Fingern der linken Hand und schneidet mit dem bauchigen Bistouri die Bedeckungen in einem Messerzuge durch, welcher einen halben bis ganzen Zoll über dem oberen Rande der Schamfuge anfängt und bis einen halben Zoll über der Klitoris herabgeht. Nachdem die Wunde durch einen Gehülfen von dem ergossenen Blute gereinigt und die Blutung durch Druck oder, wenn es nöthig ist, durch die Unterbindung gestillt worden ist, trennt man die vordere Bandverbindung mit demselben Messer. Jetzt muss schon ein Gehülfe durch Anlegen seiner beiden Hände an die Darmbeine gegen das plötzliche zu starke Auseinanderweichen der Beckenknochen einen stützenden Druck anbringen. Während nun ein Gehülfe mittelst des Katheters die Harnröhre und Urinblase zur Seite drängt, wird durch wiederholte vorsichtige Schnitte von aussen nach innen die Knorpelverbindung und dann die innere Bandverbindung getrennt. Oder man setzt nach der Trennung

der äusseren Bandverbindung ein starkes Knopfbistouri unter den unteren Rand der Symphyse und trennt dieselbe durch kräftiges aber vorsichtiges Durchführen des Messers bis zum oberen Rande derselben.

§. 1039.

Nach vollendeter Trennung der Schamfuge legt man eine mit Cerat bestrichene Compresse auf die Operationswunde, schnallt einen gepolsterten ledernen Gürtel um das Becken, um das zu starke Auseinanderweichen der Schamfuge zu beschränken und überlässt die Ausschliessung des Kindes der Wehenthätigkeit. Wenn bei längerer Zögerung der Geburt die Zange ihre Anzeige findet, so muss der umgelegte Gürtel mit besonderer Berücksichtigung der Nachgiebigkeit desselben befestigt werden. Bei dem Verbande vereinigt man die getrennte Schamfuge wieder vollkommen mit besonderer Vorsicht, dass kein hinter derselben liegendes Gebilde, besonders die Urinblase, eingeklemmt wird, bedeckt die Wunde mit Charpiebauschen und legt rund um das Becken Klebepflasterstreifen, über dieselben Compressen und befestigt das Becken sorgfältig mit dem gepolsterten Gürtel: zwischen die Kniee legt man eine Compresse und bindet dieselben fest zusammen. Die Nachbehandlung muss antiphlogistisch mit besonderer Berücksichtigung des Puerperalzustandes seyn.

§. 1040.

Uebele Ereignisse während und nach der Operation können folgende seyn: Schwierigkeit der Durchschneidung der Knorpelverbindung, unzureichendes Auseinanderweichen der Schambeine, Trennung einer Kreuzdarmbeinverbindung, Verletzung oder Einklem-

mung der Harnblase, Entzündung derselben, des Bauchfelles und der Gedärme, Brand, Eiterergiessung, Caries, Lähmung und wankender Gang, Unvermögen den Urin zu halten, und Harnblasenfisteln.

§. 1041.

Um die unzureichende Erweiterung, welche der Schamfugenschnitt bei bedeutender Beckenbeschränkung gewährt, zu vergrössern, schlug AITKEN vor, statt der Trennung der Schamfuge erst die Horizontaläste der Schambeine, und dann die Sitzbeine zu durchsägen. In der neueren Zeit hat GALBIATI, unter der Benennung Pelviotomie, einen ähnlichen Vorschlag gemacht: er schlägt nämlich vor, zuerst die Horizontaläste der Schambeine zu durchsägen, alsdann den Schamfugenschnitt vorzunehmen und zuletzt noch die Sitzbeine zu durchsägen. Es bedarf kaum der Erinnerung, dass diese Vorschläge weder an Lebenden versucht worden sind, noch auch jemals ausgeführt werden möchten.

Vergl. No. 32a. — 65. — 118. — 134. — 156. — 165. — 180. — 234. — 256. — 289. — 337. — 342. — 449. — 492. — 615. — 637. — 704. — 713. — 750. — 796. — 797. — 802. — 1032. — 1039. — 1040. — 1092. — 1106. — 1107. — 1206. — 1258. — 1285. — 1287. — 1289. — 1290. — 1292. — 1319. — 1371. — 1468. — 1469. — 1535. — 1608. — 1669. — 1733. — 1773. — 1778. — 1821. — 1860. — 1872. — 1920. — 1940. — 1941. — 2009. — 2057. — 2058. — 2059. — 2330. — 2344. — 2370. — 2454. — 2474. —

Vierzehntes Kapitel.

Von den Nachgeburtsoperationen.

§. 1042.

Die Nachgeburtsoperationen bestehen in der, mittelst der in die Gebärmutter eingeführten Hand, bewirkten Trennung der regelmässigen oder regelwidrigen Verbindung der Placenta mit der Gebärmutter, oder in der Entfernung der regelwidrig zurückgehaltenen gelösten Placenta, oder in beiden mit einander verbunden. Der Zweck derselben besteht in der Lösung und Entfernung der Placenta, zuweilen auch in Verbindung mit dem durch die Operation verursachten Reize, und ist verschieden, je nachdem dieselbe lediglich unternommen wird, um die Nachgeburt zu entfernen, oder um mittelst dieser Entfernung bestimmte weitere Zwecke zu erreichen, so dass sie selbst wieder als Heilmittel dient.

§. 1043.

In früheren Zeiten wurde die Lösung und Entfernung der Placenta viel zu eilig und allgemein betrieben, und in neueren Zeiten wurde von Einigen der entgegengesetzte Satz, die künstliche Lösung und Entfernung der Placenta niemals vorzunehmen, aufgestellt, während Andere neuerdings wieder eine übertriebene Eile anrathen. Nach rationellen geburtshülflichen Grundsätzen muss angenommen werden, dass die Nachgeburt zwar im Allgemeinen stets entfernt werden soll, dass aber die Lösung und Entfernung derselben nur nach bestimmten Anzeigen vorgenommen werden darf, und dass sie alsdann ein grosses und

durch nichts Anderes zu ersetzendes Heilmittel ist, welchem in vielen Fällen allein die Entbundene ihre Erhaltung verdankt.

§. 1044.

Die Anzeigen zur künstlichen Lösung der Placenta sind folgende: 1) Sitz der Placenta auf dem Muttermunde: hier wird die Lösung der Placenta nur dann vorgenommen, wenn eine Anzeige zur Beschleunigung der Geburt durch die Wendung auf die Füsse die Einführung der Hand in die Gebärmutter fordert, und beschränkt sich nur auf den Raum, welchen die Einführung der Hand bedarf; nach der Entbindung wird indessen die gänzliche Lösung und Entfernung der Placenta nöthig, wenn der Blutfluss nicht gänzlich aufhört; 2) theilweise Lösung der Placenta in der fünften Geburtsperiode und dadurch veranlasster Gebärmutterblutfluss, nachdem die Mittel zur Beförderung der Contractionen der Gebärmutter vergeblich angewendet worden sind; 3) Zögerung der Lösung der Placenta durch Krampf des Uterus: hier ist es aber nicht die Zögerung der Ausscheidung der Placenta, sondern die Zufälle, besonders der Blutfluss und die Nervenzufälle, welche die künstliche Lösung anzeigen, und in der Regel soll die letztere nicht unternommen werden, ohne vorher die krampfwidrigen Mittel hinreichend angewendet zu haben, so dass wenigstens die erste Stärke des Krampfes gehoben ist: in diesen Fällen hat man sich besonders vor der voreiligen Anwendung des operativen Verfahrens zu hüten, indem es nicht selten gelingt, durch eine sorgfältige allgemeine und örtliche Behandlung den Krampf zu heben und die künstliche Lösung ganz entbehrlich zu

machen oder doch die Ausführung derselben sehr zu erleichtern; 4) theilweise oder allgemein feste Adhäsion der Placenta, so dass die Ausscheidung derselben zögert: so lange hier keine dringenden Zufälle die Lösung und Entfernung der Placenta gebieten, hat man dieselbe zu verschieben, und vielmehr die innere und örtliche Behandlung zum Hervorrufen hinlänglich starker und dauernder Contractionen der Gebärmutter anzuwenden, und nur wenn diese acht bis zwölf Stunden hindurch, oder höchstens bis zu vierundzwanzig Stunden, vergeblich angewendet worden sind, hat man die Placenta künstlich zu lösen und zu entfernen; immer soll aber in diesem Falle, wenn keine besondere Gegenanzeige vorhanden ist, die Placenta entfernt werden; 5) Umstülpung der Gebärmutter in der fünften Geburtsperiode: hier muss zuerst die Reposition der Gebärmutter sammt der Placenta versucht, und erst wenn diese unthunlich gefunden wird, die Placenta vor der Reposition gelöst werden.

§. 1045.

Gegenanzeigen der Lösung und Entfernung der Placenta, welche bald auf einige Zeit, bald allgemein gültig sind, können folgende seyn: 1) Frühgeburt, indem hier theils durch das noch fortbestehende Vitalitätsverhältniss zwischen der Gebärmutter und Placenta die Lösung der letzteren verzögert wird, ohne Fäulniss derselben befürchten zu lassen, theils die beschränkten Raumverhältnisse der Geburtswege die künstliche Lösung gemeiniglich zu einem bedeutenden Eingriff werden lassen; 2) ein durch bedeutenden Blutfluss, welcher aber endlich aufgehört hat, hervorgebrachter so hoher Schwächezustand, dass man die übelsten Fol-

gen von der Operation fürchten muss; 3) ein zu hoher Grad von Reizbarkeit des weiblichen Körpers überhaupt und der Geburtstheile insbesondere; 4) Einsperrung der Placenta durch einen sehr hohen Grad des Krampfes der Gebärmutter, welcher vorher durch innere Mittel gehoben oder wenigstens gemässigt werden muss.

§. 1046.

Die Wahl des richtigen Zeitpunktes zu der Operation ist von der grössten Wichtigkeit bei der Bestimmung der Anzeige, und es hängt vorzüglich von derselben die Gültigkeit der Anzeige und der glückliche und heilsame Ausgang der Operation ab. Ein für alle Fälle gültiger Zeitpunkt, z. B. eine Stunde nach der Geburt des Kindes, wie Einige vorschlagen, ist daher durchaus nicht anzunehmen, und die Individualität des Falles muss vielmehr den Zeitpunkt bestimmen. Wenn auch im Allgemeinen der Grundsatz gelten muss, dass die Placenta, als ein nur für die Dauer der Schwangerschaft gebildetes Organ, dessen Zurückbleiben die Rückbildung der Geschlechtsorgane stört, in allen Fällen, in welchen keine dringende Gegenanzeige besteht, entfernt werden soll, so muss doch vorzüglich unterschieden werden, ob die Placenta nur durch feste Adhäsion oder durch Fehler in ihrer Structur, oder durch Unthätigkeit des Uterus zurückbleibt, ohne dringende Zufälle zu erregen, oder ob in kürzerer oder längerer Zeit nach der Ausschliessung des Kindes übele Zufälle, z. B. Blutflüsse, Nervenzufälle u. s. w. entstehen, welche die künstliche Lösung und Entfernung der Placenta als das vorzüglichste Heilmittel derselben anzeigen.

§. 1047.

In dem ersten Falle kann man die Placenta so lange zurücklassen, als man eine Störung der Rückbildung des Uterus durch dieselbe nicht zu fürchten hat, und die Geburtswege noch räumlich genug bleiben, um die Entfernung derselben durch die Kunst vornehmen zu können, also zwölf bis vierundzwanzig Stunden, worauf man die künstliche Lösung und Entfernung vornimmt, wenn sie bis dahin nicht erfolgte; in dem letzteren Falle hingegen ist es die Natur der Zufälle und die dadurch bedingte Dringlichkeit der Anzeige, welche den Zeitpunkt bestimmt. Daher ist es rathsam, bei Gebärmutterblutflüssen durch partielle Lösung der Placenta die künstliche Lösung und Entfernung der letzteren alsbald vorzunehmen, wenn die ersten Vorboten der eintretenden Ohnmacht sich zeigen. Wenn hingegen der Blutfluss bei dem Hinzutreten des Geburtsarztes schon länger gedauert und bereits eine bedeutende Menge Blutes ergossen hatte, so ist die Bestimmung des Zeitpunktes wegen der grossen Schwäche der Entbundenen schwieriger: dauert der Blutfluss noch fort und die Kräfte des Weibes lassen noch einige Aussicht des günstigen Erfolges hoffen, so ist es das sicherste und kürzeste Verfahren, auch hier sogleich zur künstlichen Lösung zu schreiten; ist hingegen die Schwäche schon bis zu einem bedeutenden Grade gestiegen, ist tiefe Bewusstlosigkeit und Verschwinden des Pulses vorhanden, dann ist es vorzuziehen, vorher ein kräftig eingreifendes allgemeines und örtliches Heilverfahren in Anwendung zu bringen: wenn hingegen ein bedeutender Blutfluss bereits aufgehört und grosse Schwäche hinterlassen hat, so ist die Lösung

der Placenta geradezu verboten, bis die Kräfte des Weibes erst wieder verbessert worden sind. Bei allen Nervenzufällen in der fünften Geburtsperiode, hoher Empfindlichkeit, allgemeinen Convulsionen und Einsperrung der Placenta, ist zwar die Entfernung der Placenta sehr wünschenswerth, allein sie darf nie vorgenommen werden, ohne vorher durch kräftige Anwendung der angemessenen inneren Mittel auf das Nervensystem gewirkt zu haben: wenn es einigermassen angeht, so vermeidet man die künstliche Lösung bis nach vollkommener Beseitigung der Nervenzufälle.

§. 1048.

Die Prognose ist verschieden nach den Verhältnissen der Operation selbst und nach den Umständen, unter welchen sie unternommen wurde. Die Lösung einer in mässigem Umfange und mit mässiger Festigkeit adhärirenden Placenta, bei zugänglichen und mässig empfindlichen Geburtswegen ist daher ein wenig eingreifendes, gemeiniglich von dem besten Erfolge gekröntes Verfahren, wenn es kunstmässig ausgeführt wird. Grösserer Umfang und Festigkeit der Adhäsion oder Ausartung der Placenta macht das Verfahren schwieriger und die Prognose minder günstig, und diese Umstände verschlimmern sich, wenn gleichzeitig die Zugänglichkeit der Geburtswege und die Ausführung der Operation durch krankhaft gesteigerte Empfindlichkeit erschwert wird. Die ungünstigste Prognose findet dann statt, wenn die Operation bei Todschwäche der Entbundenen durch grossen Blutverlust, bei Einsperrung der Placenta durch hohen Krampfzustand oder bei Entzündung des Uterus unternommen wird. Doch ist es alsdann nicht die Operation, sondern der

Zeitpunkt und die Umstände, unter welchen dieselbe unternommen wird, wodurch die Gefahr gesteigert wird, und selbst unter diesen Umständen sind die Beispiele eines glücklichen Ausganges nicht selten.

§. 1049.

Die Lage der Kreissenden, in welcher die künstliche Lösung und Entfernung der Placenta vorgenommen wird, soll in allen Fällen von Bedeutung das Querbett seyn, und nur in leichteren Fällen oder wo wegen des Blutflusses eine vorzunehmende Bewegung der Person vermieden werden muss, nimmt man dieselbe in dem gewöhnlichen Bett vor; wenn es die Umstände erlauben, so wird für die Entleerung der Urinblase vorher gesorgt.

I. Verfahren bei der Abschälung der regelwidrig festsitzenden Placenta.

§. 1050.

Die Wahl der Hand zur Operation ist gleichgültig, wenn die Placenta gerade im Muttergrunde, oder an der vorderen oder hinteren Fläche des Uterus sitzt wenn aber die Placenta ihren Sitz an einer Seite des Uterus hat, welches der häufigere Fall ist, so wählt man die Hand, welche ihre Gefühlfläche der Seite des Uterus zuwendet, an welchen die Placenta sitzt, also bei dem Sitze in der rechten Seite die rechte Hand und bei dem Sitze in der linken Seite die linke Hand. Die freie Hand legt sich äusserlich ausgebreitet über den Uterus und fixirt denselben.

§. 1051.

Die operirende Hand und der Vorderarm werden mit einer Fettigkeit sorgfältig bestrichen, und in der

Stellung des Geburtshelfers, wie bei der Wendung, nach den Regeln in die Mutterscheide und in die Gebärmutter geführt. An der Placenta angekommen geht sie an die Stelle des oberen Randes derselben, welche für sie die bequemste ist, abgesehen davon, ob hier oder an einer anderen Stelle bereits die Lösung angefangen hat, und indem die Fingerspitzen sich abwärts beugen, gehen sie zwischen der Uteruswandung und der Placenta hinab und abwechselnd nach beiden Seiten, und trennen die Verbindung vorsichtig und ohne zu zerren oder die Gebärmutter zu kratzen, bis der ganze Mutterkuchen gelöst und abwärts in die hohle Hand zusammengerollt worden ist, worauf man die Hand mit ausgestreckt um die Placenta gelegten Fingern langsam aus den Geburtstheilen zurückzieht.

§. 1052.

Wenn die regelwidrige Verbindung der Placenta mit dem Uterus leicht zu trennen ist, so wird die Operation, ohne auszusetzen, mit Ruhe und ohne alles stürmische Verfahren beendigt: wenn aber die Verbindung durch Festigkeit derselben oder Entartung der Placenta schwerer zu trennen ist und einen grösseren Zeitaufwand erfordert, so muss die Operation mit kleinen Unterbrechungen, während welchen man die Hand ruhig liegen lässt, ausgeübt werden. Ein besonderes Hinderniss findet sich bei der festen Verbindung durch sehnige Fibern oder durch allgemeine oder theilweise Entartung der Substanz der Placenta dadurch, dass die Placenta sich eher in ihrem eigenen Zusammenhange als von der Gebärmutterwandung trennt, und es ist alsdann nicht immer zu vermeiden, dass einzelne Stücke derselben zurückbleiben, indem eine gewalt-

same Trennung dieser fest mit dem Uterus zusammenhängenden Stellen leicht eine Verletzung oder zu grosse Reizung dieses Organes veranlassen können. Man trennt daher in einem solchen Falle die entarteten oder sehnigen Theile vorsichtig in der Substanz der Placenta und lässt sie an der Uteruswandung zurück, mit der Berücksichtigung, dass kein überflüssig grosser Theil derselben, sondern nur soviel, als unumgänglich nothwendig ist, zurückbleibt. — Besondere Instrumente zum Wegnehmen des gelösten Mutterkuchens, z. B. Levrets Molenzange, Osianders und Carus Nachgeburtszange oder Stark's Nachgeburtslöffel, sind überflüssig und werden besser durch die Hand ersetzt.

II. Verfahren bei der Einsperrung der Placenta.

§. 1053.

Die Einsperrung der Placenta (*Placenta incarcerata*) geschieht durch krampfhafte Zusammenziehung einer Stelle des Uterus um die Placenta, welches häufiger in einem höheren Abschnitte des Uterus, seltener am Muttermunde vorkommt, und wobei die Placenta bald ganz gelöst seyn kann, bald, welches häufiger vorkommt, ganz oder zum Theil noch festsitzen kann. Die Lösung und Entfernung der Placenta wird in diesem Falle besser durch die Behandlung des Krampfes bewirkt, oder wenigstens, wenn dringende Zufälle dieselbe gebieten, erst dann, wenn vorher ein zweckmässiges allgemeines und örtliches Verfahren die Heftigkeit des Krampfes herabgestimmt hat, und man nun annehmen kann, dass die Fortdauer des Krampfes durch das Zurückbleiben der Placenta bedingt wird.

§. 1054.

Die wohl beölte Hand dringt nach den Regeln in die Mutterscheide und in die Gebärmutter bis zu der Stelle der Strictur, während die freie Hand äusserlich den Uterus vorsichtig fixirt. Wenn die Strictur einigermassen nachgiebig gefunden wird, so geht die conisch zusammengelegte Hand sanft drehend mit den Fingerspitzen in dieselbe ein, sucht sie zu erweitern und durch dieselbe bis zu dem Mutterkuchen vorzudringen, worauf sie den letzteren kunstmässig lösst und entfernt. Liegt bereits ein Theil des Mutterkuchens in und vor der Strictur, so reicht es zuweilen hin zwei Finger durch die letztere hindurch zu führen und mittelst derselben den Mutterkuchen vorsichtig hervorzuziehen. Gemeiniglich verschwindet nach der Entfernung des Mutterkuchens der Krampf ganz und der sich regelmässig zusammenziehende Uterus wird über und hinter den Schambeinen gefühlt. Wenn man indessen die Strictur so fest zusammengezogen findet, dass nur eine bedeutende Gewalt dieselbe eröffnen könnte, so stehet man sogleich von allem Operiren ab, und wendet sorgfältig die angezeigte innere und allgemeine Behandlung an.

III. Verfahren bei zurückgebliebenen Stücken der Placenta.

§. 1055.

Bei bestehender regelwidrig starker Befestigung der Placenta oder theilweiser Entartung ihrer Substanz kann es geschehen, dass ein grösseres oder kleineres Stück derselben bei der durch die Kräfte der Natur oder durch die Kunst bewirkten Lösung sich abtrennt und an der Gebärmutter sitzen bleibt. Man erkennt

diesen Vorgang, wenn man die abgegangene Nachgeburt sorgfältig untersucht und einen Theil derselben fehlend findet und wenn krampfhafte oder entzündliche Zufälle des Uterus mit Blutfluss und fauligem Geruche und fieberhaften Erscheinungen eintreten.

§. 1056.

So lange keine bedeutenden Zufälle vorhanden sind, welche eine baldige Entfernung dieses Restes gebieten, wendet man Injectionen von einem Malven- und Cicutadecocte in Verbindung mit der angezeigten inneren Behandlung an. Wenn aber dringende Zufälle (§. 811) die Entfernung des zurückgebliebenen Mutterkuchenrestes anzeigen, so untersucht man zunächst, ob der Sitz desselben hoch oder tief ist, und in dem letzteren Falle reicht zuweilen die Einführung der halben Hand zu, um denselben zu erreichen und zu entfernen; es ist dieses ein günstiger Umstand, da die Zeit dieser Operation gemeiniglich mehrere Tage nach der Geburt stattfindet, wo die Geburtswege schon etwas zurückgebildet und verengt sind. Bei höherem Sitze des Placentenrestes führt man die ganze Hand ein, und löst und entfernt denselben nach den Regeln.

§. 1057.

Uebele Ereignisse bei und nach der Lösung und Entfernung der Placenta können folgende seyn: Ohnmachten, Convulsionen, Blutflüsse, Trennen der Placenta in mehrere Stücke, Zurückbleiben eines Placentenrestes, heftige krampfhafte Zusammenschnürung des Uterus, Ruptur des letzteren oder der Mutterscheide, Dislocationen des Uterus, und für den Geburtshelfer

bösartige Geschwüre an der Hand durch die fauligen Säfte veranlasst. Diese übelen Ereignisse kommen zwar grössten Theiles nur als Folge von unrichtiger Indication und rohem Verfahren vor, können aber auch zum Theil bei dem vorsichtigsten Verfahren eintreten.

Vergl. No. 28. — 207a. — 211. — 226. — 306. — 441. — 580. — 583. — 716. — 731. S. 318. — 807. — 858. — 869. — 943. — 969. — 1026. — 1104. St. 1. No. 8. — 1105. No. 22. 28. u. 30. — 1139. — 1222. — 1246. — 1327. — 1345. — 1381. — 1445. — 1566. — 1659. — 1720. — 1778. — 1820. — 1836. B. VII. St. 1. — 2041. — 2160. B. II. — 2259. — 2411. — 2414.

Literatur.

1. Aaskow, U. B., De usu opii in haemorrhagiis gravid. etc. observationes. Hafn. 1777. 4.
2. Abhandlungen d. k. Akad. d. Wiss. zu Paris. Uebers. von v. Steinwehr. Bresl. 1749-1760. 8. 9 Thle. m. 6 K.
3. — auserlesene, welche an die k. Akad. der Wiss. zu Paris eingesendet worden. A. d. Franz. v. F. W. Beer. Leipz. 2 Thle. 1752-1754. 8.
4. — d. k. Schwed. Akad. d. Wissens. Uebers. durch A. G. Kästner. Hamb. 1749-1783. 8. XLI. Bde.
5. — neue, d. k. Schwed. Akad. etc., übers. v. Kästner, nachher v. Jos. D. Brandis. 1784-1792. XII. Bde. Leipz. 8.
6. — a. d. Naturgesch, prakt. Arzneik. und Chir. a. d. Schriften d. Harlemer u. and. Holländ. Gesellsch. Leipzig, 1775-1776. 2 Bde. 8. m. K.
7. — der physik. - medic. Societät in Erlangen; (herausg. von J. Ch. Harless.) I. Bd. Frankf. 1810. II. Bd. Nürnberg, 1812. gr. 4. (auch unter d. Tit.: Neue Denkschriften. d. physik. med. Societ. I. Bd.
8. — vermischte, aus dem Gebiete der Heilk., v. einer Gesellschaft practischer Aerzte in Petersburg. 1823.
9. — der k. k. med. chir. Josephs-Akademie zu Wien. Wien, 1787-1801. 2 Bde. gr. 4.
10. Accouchemens. Supplem. à tous les traités tant étrangers que nationaux, anciens et modernes sur l'art des accouch. Seconde edit. II Vol. Paris, 1809. 8.
11. Ackermann, J. C., Winke zur Verbesserung d, Bildungsanstalten für Aerzte, Wundärzte, Geburtshelfer u. Hebammen. Posen u. Leipzig, 1803. 8.
12. — J. F., über die körperliche Verschiedenheit des Mannes vom Weibe ausser d. Geschlechtstheilen, übers. nebst einer Vorrede u. einig. Anmerk. v. J. Wenzel. Mainz, 1788. gr. 8.
13. — über die Erleichterung schwerer Geburten; vorzüglich über d. ärztl. Vermögen auf d. Entwicklung des Fötus; e. Schreiben an Brünninghausen. Jena, 1804. 4.
14. Acrel, Oluf, de utero duplici. Holm. 1762. 8. (abgedruckt in d. Abhandlungen d. Schwed. Akad. d. Wiss. v. J. 1761.)
15. Acta Havniensia, ed. Th. Bartholinus. Havniae, 1671-1679. V. Vol. 8.
16. — societ. med. Havniensis. Havn. Vol. I. 1777. Vol II. 1779. 8.

17. Acta reg. Soc. Med. Hafniensis. Hafniae. Vol. I-IV. 1783-1803. 8. — Vol. V. (auch unter d. Tit. Nova acta reg. soc. etc.) et VI. 1818. — Abhandlungen d. k. med. Gesellsch. in Kopenhagen. A. d. Lat. Offenbach. I. Thl. 1787. 8. — Merkwürdige Krankengesch u. seltene Beobachtung. Ein Auszug a. d. Abhandl. d. k. med. Societ. in Kopenh. Halle 1795. 8.
18. — medicorum Berolinensium. Berolini 1719-1730. XXI Vol. 8. (Herausgeg. v. P. D. Gohl.)
19. — Helvetica physico-mathem.-botanico-medica. Basil. 1751-1777. 4 Vol. VIII. mathem.-latinico.
19a. — nova Helvetica physico medica. Basil. 1787. 8.
20. — academiae electoralis Moguntinae scientiarum utilium, quae Erfurti est. Erf. 1757-1761. II. Tom. 8.
20a. — acad. elect. Mog. etc. 1772-1797. XII. Tom. 4.
21. — litteraria et scient. Sueciae. Upsal. 1724-1742. IV Vol. 4.
22. — Academ med. chirurgicae Vindobonensis.
23. — phys.-med. Academ. Caesareae Leopold. Carolin. naturae curiosorum. Nürnb. Stein. 1727-1754. 10 Vol. 4. m. K.
23a. — nova physic. med. Acad. Caes. Leopoldin. Carol. Nat. Curios. Ibid. 1757-1791. 8. Vol. 4.
23b. — nova phys.-med. Acad. Caesar. Leopold. Carol. Nat. Curios. T. IX. Auch unt. d. Tit.: Verhandl. d. Leopold. Carol. Academie d Naturforscher. I. Bd. Gesammelt u. herausg. v. F. v. Wendt. Würzburg b. Stahl 1818. 4.
24. — academ. scient. imperialis Petropolitanae. Tom. I-VI. 1778-1786. 4.
24a. — nova acad. scient. imp. Petrop. 1787. 4.
25. — de la société de médecine, chirurgie et pharmacie, établie à Bruxelles, sous la devise: aegrotantibus, à Bruxelles. Tom. I-IV. 1808-1812. 8.
26. Adler, F. X., de haemorrhoidibus uteri. Viennae 1813.
27. Aegidi, C. J., de ruptura perinaei. Berol. 1819.
28. Aepli, J. Melch., d. sichere Zurücklassung d. Nachgeb. in bestimmt. Fällen, m. Gründ. u. Erfahrung. bewiesen, und denen Hebammen auf d. Lande gewidmet. Zürich 1776. 8.
29. Aetii Amideni libri XVI. ex vers. Jan. Cornari. Lugd. Batav. 1549. Fol.
30. — quem alii Antiochenum vocant, Med. libri XVI. Tomi duo, primus videlicet et tertius nuper a J. Bapt. (Montano) Veronensi med. latinitate donati. Basil. 1535. Fol. in off. Frobein. — Tomus tertius habet Aetii Amideni medici Cl. de re medica libros tres, J. B. Montano, medico Veron. interpr. Basil. Frobein. 1535. Fol.
31. — Antiocheni medici de cognoscendis et curandis morbis sermones sex. Basil. in off. Frobein 1533. Fol.
32. d'Agoty, A. E. Gautier, zoogenesie ou génération de l'homme et des animaux, à Paris 1750. 12.
32a. — Operation de la symphise dans les accouchemens impossibles. etc. Paris 1779.
33. Aitken, John, Principles of Midwiferys or puerperal med. London. Erste Ausg 1784. 8. dritte Ausg. 1786. 8. — Joh. Aitkens Grundsätze d. Entbindungsk. A. d. Engl. m. einig. Anmerkung. versehen v. Dr. C. H. Spohr, m. 31. K. Nürnberg 1789. 8.

34. Albert, H. J. F., diss. de iis, quae in partu nobis offert funiculus umbilicalis, impedimentis. Gotting. 1804. 8.
35. Alberti, Mich., resp. J. R. Schrader. De haemorrh. gravidarum et puerperarum. Hal. 1727. 4.
36. — W. C., kurzgefasster Hebammen-Katechismus u. s. w. Berlin u. Leipzig 1777. 8.
37. Albertus Magnus de Secretis mulierum Amstelod. apud J. Janssonium. 1643. 1655. 1665. 1666. 1669. Lion. 1506. 1551. 1566. 1571. 1574. Antwerp. 1538. Lugd. B. 1596. Argentor. 1615. 1637. — Secreta mulierum ab Alberto magno composita. s. l. et a. 8.
38. Albin, B., resp. J. G. a Berger. De abortu. Francof. ad V. 1697. 4.
39. Albinus, B. S., tab. uteri mulieris gravidae. c. App. Lugd. Bat. 1749. Fol.
40. — Icones ossium foetus humani. Accedit osteogeniae brevis historia. L. B. 1737. 4. c. figur.
41. — Acad. annotationes. Leid. 1754. 4. c. figur.
42. — Explicatio tabularum anatomicarum Barth. Eustachii. Lugd. Bat. 1744. Fol. Edit. nov. auct. 1761. Fol.
43. Albrecht, J., Rathgeber f. Schwangere, Gebärende u. Wöchnerinnen etc. Hamburg u. Altona 1810.
44. — populärer Unterricht in d. Geburtshülfe. Hamb. 1811. 8.
45. Albucasis de Chirurgia; arab. et latine ed. Channing. Oxon. 1778. 8. Argentorat. 1532. Fol.
46. Aldrouandi, U., monstr. hist. Bonnoniae 1642. Fol. m. Holzschn.
47. Aletophili Anmerkungen über Jodokus Ehrharts Samml. von Beobachtungen z. Geburtshülfe. Frankfurt 1774. 8.
48. Alexandri Benedicti, Veronensis phys. praestantissimi, habes lector studiose hoc volumine singulis corporum morbis a capite ad pedes generatim membratimque remedia, caus. eorumque signa, XXXI. libb. complexa. etc. Venet. 1533. Fol. Basil. 1539. 4. 1549. Fol.
49. Alix, M. F. Observata chirurgica. Altenb. 1774. Fasc. 4.
50. Alther, D., üb. d. geburtsh. Untersuchung. Würzb. 1823. 8.
51. Amand, P. Nouv. observations sur la pratique des accouchemens, avec la maniere de se servir d'un nouv. Machine, très commode et facile, pour tirer promptement et surement la tête de l'enfant, separée de son corps, et restée seule dans la matrice, sans se servir d'aucuns instrumens trenchans ou piquans, qui puissent exposer la mere à aucun danger. Prem. Edit. Paris 1713. 8. Second. Edit. 1715. 8. c. fig.
52. Ambster, G., diss. de paragomphosi capitis foetus in partu. Gotting. 1749. 4.
53. Ammen, über d. Säugen d. A. Altenburg 1811. 8.
54. v. Ammon, F. A., d. ersten Mutterpflichten u. die erste Kinderpflege, zur Belehrung junger Frauen u. Mütter dargestellt. Dresden 1827. 8.
55. Anemaet, J., de mirabili, quae mammas inter et uterum intercedit, sympathia. Lugd. B. 1784.
56. Angermann, C. F., praeside E. G. Bose, diss. de conaminum pariendi regimine. Lips. 1756. 4. (Auch in J. Ch. T. Schlegel's Sylloge minor. oper. etc.)

57. Angermann, Fr. L., praes. Gehler, catameniorum phaenomena in muliere sana aegrotante. Lips. 1793.
68. Annalen d. neuesten englischen u. französ. Chirurgie und Geburtshülfe, herausg. v. B. N. G. Schreger u. J. Chr. Fr. Harles. Erlang. I. Bd. 1799. 8.
59. — Badische, für die gesammte Heilkunde.
60. — Heidelberger klinische, herausg. v. F. A. B. Puchelt, W. J. Chelius u. F. C. Naegele. Heidelb. 1825.
61. Annales de Chimie, ou recueil de mémoires, concernant la chimie et les arts qui en dépendent par Guyton de Morveau, Berthollet etc. Paris.
62. — de la société de méd. pratique de Montpellier.
62a. Annali di Med. Milano. Vol. I. 1802. 8. (v. Rasori herausg.)
63. Annuaire med. chirurg des hôpitaux et hospices civiles de Paris etc. Paris 1820. 4. m. K. et Fol.
64. — de la société de Med. du Departement de l'Eure. Vol. 1 - 6. Evreux 1806 - 10. 8.
65. Ansiaux, N. Diss sur l'opération césarienne et la section de la symphise du pubis. Paris 1803.
66. — clinique chirurgical, ou recueil des mémoires et observations de chirurgie pratique. Lüttich et Paris 1816. (1811.) 8. — Chirurgische Klinik od. Sammlung v. Abhandl. u. Beobacht. a. d. practischen Chirurgie. A. d. Franz. Chemnitz 1821. 8.
67. Anzeigen Göttinger gelehrte.
68. — Tübinger gelehrte. Tübingae 1783 - 1806.
69. Arantius, J. C., de hum. foetu liber. Bas. 1519. Ven. 1587. 1595. 4. Extat c. Plazzonii lib. de part. gen. Lugd. 1664. 12.
70. Archiv, nordisches, für Natur, Arzneiwiss. u. Chir., herausg. v. Pfaff u. Scheel. Kopenh. I. Bd. 1799 - 1801. II - IV. Bd. herausg. m. K. A. Rudolphi. 1801 - 1805. fortges. unt. d. Tit. Neues nord. Arch. u. s. w. Frankf. a. d. O. I. Bd. 1807-1808. 8.
71. — d. prakt. Heilk. für Schlesien u. Südpreussen. Herausg. v. Zadig u. Friese. Bresl. I--II Bd. 1799-1800. III. u. IV. Bds. 1s Stück. v. Friese u Nowack. 1802 - 1804.
72. Archives générales de Médecine. Paris. 1823-27. 8. Vol. 1-5.
73. Aristotelis hist. de animal. J. G. Scaligero interpr. c. ej. comment. Tolos. 1619 Fol. — Aristotelis opera gr. et lat. ed. Guil. du Val. Paris 1654. Fol.
74. Armbruster de paragomphosi capitis foetus in partu. Gött. 1749.
75. Arnaud, G., anat.-chir. Abhandl. üb. d. Hermaphroditen. A. d. Franz. nebst 6 Kupf. Strassb. 1777. 4.
76. Arnemann, J., Biblioth. f. d. Med., Chir. u. Geburtsh. V. e. Gesellsch. v. Gelehrt. Gött. I Bd. 1s u. 2s Heft. 1799 - 1800. gr. 8.
77. Arnold, G. C., tract. de partu serotino 324 dierum ex oed. uterino tum singulari graviditate et puerperio Lips. 1775. 8.
78. — Gedanken v. d. Zulässigkeit d. Meinung, die Mutter wirke in d. Bildung ihrer Frucht durch d. Einbild. Leipz. 1775. 8.
79. Arnoldi, F. A., de nutritione foetus. Pars I. ovi vegetationem exponens. Bonnae 1827. 8.
80. Arntz, P. A., de perforatorii usu et abusu. Marb. 1818. 8.
81. Asdrubali, Francesco, elem. di obstretr. II. Tom. Romae 1795 et 1797. 8. (m. K.)
82. — elementi di obstetricia, c. note di Scattigna. Nap. 1811. 4 Vol. 8.

83. Assalini, Paolo, observ. pract. de tutiori modo extrah. foetum jam mortuum supra vitiat. pelvim detentum. Mediol. 1810. C. tab.
84. Assalini, Paolo, nuovi stromenti di obstetricia e loro usu; con quattro tavole in rame. Milano 1811.
85. Astruc, J, L'art d'accoucher red. à ses principes. Paris 1766. 12.
86. — Traité des malad. des femmes, ou l'on a tâche de joindre à une theorie solide la pratique la plus sûre et la mieux éprouvée. Avec un catal. chronol. des médecins, qui ont écrit sur ces maladies. Tom. I-VI. à Paris 1761-1765. — Ins Teutsche übers. Theor. prakt. Abhandl. v. d. Frauenzimmerkrankh. u. m. Anmerk. vers. v. C. T. Otto. m. K. 6 Thle. Dresden 1768 - 1776. 8.
87. Atti, dell' Academia di Padova.
88. — dell' Acad. delle science di Siena, detta de fisiocritici. Siena 1760 - 1781. 4. VI Tom.
89. — dell' Acad. ital. di Scienc., Lettere ed arti di Livorno.
90. Auctor, M., diss. in de graviarum et puerperarum regimine. Landshuti 1820. 8.
91. Audibert, L. P. H., sur l'épanchement sanguin qui survient aux grandes lévres ou dans l'intérieur du vagin pendant le travail ou à la suite de l'accouchement. Paris 1812. 4.
92. Aulber, J. C., de praegr. foet. capite part. imped. Giess. 1745. 4.
93. v. Autenrieth, J. H. Fd., observat. ad hist. embryonis humani facientium P. I. Tubingae 1797. 4.
94. — Suppl. ad hist. embryonis hum., quibus acced. observata quaedam circa palatum fissum etc. Tubingae 1797. 4.
94a. — Handb. d. empir. menschl. Physiologie. Tüb. 1801. II. B. 8.
95. — et Delmanzo. Diss. sistens observ. in morbos quosdam ligamenti uteri rotundi acutos. Tubingae 1811. 8.
96. — u. J. Ch. F. von Bohnenberger: Tübinger Blätter für Naturwissensch. u. Arzneik. 3 Bde. Tübing. 1815 - 1817. gr. 8.
97. Avicennae Arab. med. principis: Canon med. Ex Gerardi Cremonensis vers. et castigat. Alpagi Belinensis. Venet. 1608. Fol. II Vol. — Rom. 1593. Fol. — Basil. 1556. Fol.
98. Azzoguidi, G., observ. ad uteri construct. pertinent. Bonon. 1773. Lugd. Bat. 1788.

B.

99. Baalen, C. von, diss. de forcip. obstetriciae indicat., ejusq. forma in has implendas maxime idonea. Groningae 1816 8.
100. Bachmann, J. A, diss. in. de prolapsu uteri Duisb. 1794. 4.
101. Backe, H. A., Leerb. d. Verloskunde van eene Vorr. van J. H. van der Palm. Mit 13 Kupfert. Leyden 1806. gr 8.
102. Bacon diss. sur la rupture de la matr. Paris 1808.
103. Baehrens, A. H., diss. de nuteri haemorrh. Berol. 1826. 8.
104. Baer, C. E. von, Unters. üb. d. Gefässverbind. zwischen Mutter u. Frucht in d. Säugethieren. Ein Glückwunsch zu S. Th. Soemmering's Jubelfeier. Leipz. 1828. F. m. e. ill. Kupfert.
105. Baerken, J. F. J., diss. in. de utrit. foetus. Bonnae 1822. 8.
106. Bajeri, J. J., introd. in med. forensem etc. Lips. 1776. 8.
107. Baillie, M., the morbid anat. of some of the most imp. parts of the human body. Lond. 1793. Anat. d. krankh. Baues etc. A. d. Engl. m. Zus. v. Soemmering. Berl. 1794. (Neue Aufl. 1820.)
108. — M. A Feries of Engrav. to illustr. the morbid anat. Lond. 1799.

109. Bakker, G., Beschriiving d. Afbild. van het Profil eenes vrouweliiken Beckens en der beweegbare Kinderkoofden met de daamit afgeleide Verklaring van het werktuigeliike van s'menschen Geboorte. To Groningen. 1816. 4. — Lat. Ausg.: Descript. iconis pelvis Femineae et schematum capitis infantilis iisque illustr. partus hum. mechanism. Groningae 1816.
110. Baldinger, E. G., üb. d. Medicinal-Verfassung. Offenbach 1782. 8.
111. — Magazin für Aerzte. Leipzig 1775-1778. II. Bde. 8
112. — Neues Magazin f. Aerzte. Leipz. 1779-1798. XX Bde. 8.
113. — Medic. Journal. Göttingen. I-X. Bd. 1784--1796. 8.
114. — Neues med. u. phys. Journal. Marb. I-II. Bd. 1797-1800. 8.
115. Baldini, Methode, die Kinder ohne Brust gross zu ziehen. Stend. 1794.
116. Ballexserd, diss. s. l'éducation phys. d. enfans. à Yverd. 1763. 8.
117. — J., Abhandl. über d. wichtige Frage: welches sind die Hauptursachen, dass so viele Kind. sterben etc. A. d. Franz Strassb. 1776.
118. Bamps, (H.), tract. de anteponenda sect. caes sect. synchondroseos ossium pubis. Paris. et Genev. 1778. 8.
119. Bang, J., praes. M. Saxtorph. De mechanismo partus perf. Hafn. 1774. m. 2 Kupfert.
120. — spec. de partu secundo s. placentae propulsione. Hafn. 1765.
121. — Abh. üb. e. Missgeburt etc., nebst Vermuth. üb. d. Ursachen d. Missgeb. etc. A. d. Dän. Kopenh. 1801. 8.
122. Barbault, Cours d'accouchemens en faveur des étudians, des sages-femmes et des aspirans à cet art. 2 Vol. Paris 1775 u. 1776.
123. Barchewitz, A. G., diss. in. de febris lacteae diagnosi atque curatione. Berol. 1825. 8.
124. Bard, S. A compend. of the theory and pract. of midwifery, containing pract. instruct. for the management of women during pregnancy, in lobour and in childbed, calculated to correct the errors and to improve the pract. of midwives, as well as to serve as an introduct. to the study of this art. Third edit. enlarged. New-York 1815. 8. m. viel. Holzschnitten.
125. Barlow, J., Essays on Surgery and midwifery, with pract. observ. and select. cases. Lond. 1822. 8. M. K.
126. Bartholini, Th., de insolitis partus hum. viis. Hafn. 1664. 8.
127. — antiq. vet. puerperii synopsis. Amst. 1676. 12.
128. — C., Th. filius, de ovariis mulierum et generat. hist. Epistol. anatom. Rom. 1677. 8. Amst. 1678. 12. Norimb. 1679. 8.
129. — de format. et nutritione foetus in utero. Hafn. 1683.
130. Le Bas, Question: Peut on determiner une terme prefix pour l'accouchement? Paris 1764.
131. — Nouv. observ. sur les naissances tardives. Paris 1765.
132. — Refutation de sentiments de Bouvart. Paris 1765.
133. Basselance, sur le renversement de l'utérus. à Paris 1811. 8.
134. Baudelocque, J. L., programma an ju partu, propter august. pelvis impossibili, symphisis ossium pubis secunda? Paris 1776. 4.
135. principes sur l'art d'accoucher par demandes et reponses en faveur des sages-femmes. 1775. Sec. édit. 1787. 12. A. d. Franz. v. Ch. F. Camerer. A. unt. d. Tit.: J. L. Baudelocque,

Anfangsgr. d. Geburtsh. etc. Tüb. 1779. 8. — A. d. Franz. nach d. dritten Ausg. übers v. L. L. Morel. Colmar 1801. 8.
136. Baudelocque, J. L., L'art des accouch. II Vol. Paris 1781. 8. m. K. IV. Edit. revue, corrig. augm. 1807. II Vol. 8. 5. édit. Dem 2. Bde. angefügt: Tableau des accouchemens qui se sont fait à l'hospice de la maternité depuis le 10 Septbr. 1797.
137. — Anleit. z. Entbindungskunst. A. d. Franz. m. Anmerk. v. Ph. F. Th Meckel. 2 Bde. 1782. 8. Zweite Ausg. Leipz. 1791-1794. gr. 8. m. K. — Ausserdem existirt e. holländishe (Utrecht 1790), eine italiänische (Napoli 1788-1789) u. eine englische Uebersetzung durch John Heath. (Lond. 1790. 8. 3 Vol)
138. — proces verbal de la distrib. des prix aux élèves sages-femmes 1809.
139. Bauer, A. H., de procidani., vesicae urinariae, vaginae atque uteri. Gottingae 1824. 8
140. — C. Ch., diss. de arte obstetricia Hippocratica. Tub. 1823. 8.
141. — J. B., de morte foetus durante parte natural. Mog. 1790. 8.
142. Bauhin, C., Gynaeciorum sive de mulierum affectibus comm.; graec., lat., barbar., jam olim et nunc recens edit.; in tres tom. digesti, et necess. imag. illustr., c. indic. Basil. 1586. Tom. II. Gynaeciorum phys. et chir. C. Bauhini opera. Basil. 1586. Tom. III. Tom. IV. c. indic. gemino. Basil. 1588. 4.
143. — de hermaphroditorum monstrosorumque partuum natura libri duo. Oppenh. 1600. 8
144. Baumer, J. G., resp. Hettler, de liquoris amnii natura. Giess. 1776.
144a. — de funiculo umbilicali. Giess. 1771.
145. — Progr. de placent. uterinarum in molas vesicarias mutatione observat. Giess. 1776 4
146. Baumgarten. D. de utero retroverso. Argent. 1785.
147. Baur, W. F., hist. forcip. obstetriciar. rec. Marb. Cat. 1803. 8.
148. — J. U., diss. in. de partu praecoci. Tub. 1826. 8.
149. Bausch, L. O., diss. sist. indicat. pro convers. foetus in partu. Marburgi 1794.
150. Bayle, Fr., de menstruis mulierum sympath. part. corp. hum. cum utero, et usu lactis. Tolos. 1670. 4
151. — histoire d'une grossesse de 25 ans. Toulouse 1678. 12.
152 de Beaumont, Blasius. Il breve del nobre boscado en el mismo con las reflexiones de Anat. y Chir., casos pract. para conservar las mugeres en los partos con la deliberacion de los doctores de la Sorbona sobre la representacion hecha por la occasion de la operacion cesarea con la replica practica contra el ubuso desta operacion. Madrit. 1739. 4.
153. Becher, secund. partus casus aliquot. Bonn. 1822.
154. Beck, diss. de pica praegnantium. Lugd. Bat. 1653. 4.
155. Becker, diss. de abortu. Gott 1798.
156. — G. Ph, praeside F. P. de Obercamp. Diss. Questio med. obst. ossium pubis synchondrot. num prosit, num laedat? Heid. 1780. 4.
157. — G. W., Unterricht für Schwangere u. Wöchnerinnen. Pirna 1804.
158. Beckers, E. A., de partibus embr format. const Giess. 1810 4.
159. Bedel, Ch., considerat. sur les haemorrh. uterines. Strassbourg 1815.

160. Behling, J. (F.), de rupto in partu utero. Altdorf 1736. (in Hallers disp. chir. Tom. III. No 82.)
161. Behn, G. H., Erinnerungen an Paris zunächst für Aerzte. 1s Heft. Berlin 1799. 8.
162. Behrends, de inflammatione uteri. Francof. 1800.
163. Bellinger, Fr., de foetu nutrit etc. Lond. 1717. 8. m. K.
164. Bender, B. F., de partium genitalium foeminarum deformitatibus atque morbis, qui sterilitat. efficiunt Vratislav. 1827. 8.
164a. Benedik, G. D. de partu agrippino. Berol. 1828. 8.
165. Bentely, E., diss. de sectione synchondroseos ossium pubis. Argent. 1779. 4.
166. Beobachtungen d. k. k medic. chirurg. Josephsakademie. Wien. I. Bd. 1801. 4. m. K.
167. — u. Abhandlungen a. d. Gebiete d. gesammten pract. Heilk. v. österreichischen Aerzten; herausg. v. d. Directoren u. Prof. d. Stud. d. Heilk. I Bd. 1819. 8. wird fortges.
167a. — auserles. d. med. wetteifernden Gesellschaft zu Paris. A. d. Franz. m. Anmerk. Leipz. I-III Bd. 1802-1803. 8.
168. Bercher, P., an ab uteri ejusque vasorum perpendiculari situ menstrua mulierum puggatio? Paris 1749. 4.
169. Berdot le fils, abrégé de l'art d'accoucher, à l'usage des accoucheurs, des sages femmes etc. Tom. I. et II. à Basle 1774.
170. Bereicherungen f. d. Geburtsh. u. f. d. Physiol u. Pathol. d. Weibes u. Kindes, herausg. v. Choulant, Haase, Küstner u. Meissner. I. Bd. Leipz. 1821.
171. Berends, de asphyxia neonatorum. Erlang. 1785.
172. a Bergen, J. G., praes. Albino, de abortu. Francof. 1697. 4.
173. Berger, F. G., ad theoriam de foetus generat. analecta. Praemissa est rarioris embryulciae casus brevis hist. Lips. 1818.
174. Bernouilli, D. de infante petrefacto Berolinensi. Basil. 1776. 4.
175. Bernstein, J. G., pract. Handb. d. Geburtsh. f. angehende Geburtshelfer. Leipz. 1798. gr. 8. 3 Thle.
176. — Zusätze z. pract Handb. d. Geburtsh. Leipz. 1803. 8.
177. Bertin, consultation sur la legitimité des naissances pretendues tardives. Paris 1765.
178. — Mémoire à consulter sur les naissances tardives. Paris 1764.
179. Bertrandi, A., opere anat., e cerusische di A. Bertr. publ. e accresciute di note, e di suppl. dai Chir. G. A. Penchienati et G. Brugnone. Tom. VIII. Arte obstetr. Torino 1790. 8. m. 5 K.
180. Beschauer, L., diss. in.: Num operatio synchondr. in arte obst. ultra retin., an contra prorsus proscrib. sit? Monach. 1817. 8.
181. Besler, M. R., admirandae fabricae hum. muliebris., partium potiss. generat. inservientium, fidelis quinque tab. ad magnitud. nat. et genuinam typis aen. impress., hactenus nunquam visa, delineatio. Norimb. 1640. Imp. Fol
182. — Observat. anat. med. sing. mulieris cujusdam tres filios natur. magnitud. viventes enixae; puerpera vero retentis secundinis extremum quasi halitum spirabat. etc. s. l. et a. (Norimb. 1645.) 4. c. tab.
183. Besse, An., ubi partus difficilis ac desperatus tentanda etiam in matre viva sectio uteri caesarea. Paris. 1744.

184. Best, diss. respiratio pulmonum foetus et cutis. Arg. 1806. 4.
185. Bezian, diss. sur les pertes uterines qui arrivent durant la gross. pendant et après l'accouch. Paris 1809. 8.
186. Bezold, G. F., de haemorrh uteri partum insequente. Argentor. 1780. (Auch in Schlegel sylloge. Vol. II No. 42.)
187. Bianchi: De naturali, vitiosa morbosaque generat. Turini 1745. 8.
188. — (Planci), J., de monstris et monstrosis quibusdam. Venet. 1749. 4.
188a. Bibliotheca ital. ossia giornale di Letteraturo, Science ed Arti, compilato de vari Letterati. Tom. V. anno secondo. Milano 1816.
189. Bidauld, an secundinae foetui pulmonum praestent officia. Paris. 1743.
190. Bigeschi, G., trattato delle Emoragie uterine nel tempo della gravidenza del parto el dopoparto. Florenz. 1816. 2 Part.
191. Bijdragen geneeskundige door C. P. van der Hoeven, J. Logger, C. G. C. Reinwardt en G. Salomon. 1825. 8.
192. Bilfinger, C. F. A., praes. Alefeld. De doloribus in partu silentibus, variisque eos excitandi modis. Giess. 1770.
193. Billing, J. H. F., praes. C. C. Siebold: Metrorrhagia seu uteri haemorrhagia. Wirceburgi 1799.
194. Bjoernsen, J. F., dissert. in de partu clunibus praeviis. Kiliae 1820. 4.
195. Birkholz, M. A., dissertatio de quibusdam gravid. varicib. Lips. 1782. 4.
196. Black, A., aphorisms illustrating natural and difficult cases of accouch., uterine haemorrhage and puerperal peritonitis. London 1817 (1818). 8.
197. Bland, R., observations on human and comparat. Parturitt. Lond. 1794. 8.
198. Bleeck, J. Ch. Dissertatio in. de foetus in caput versione. Kiliae 1823. 4.
199. Blegny, N. de. Hist. anat. d'un enfant, qui a demeuré 25 ans dans la mère. Paris 1679. 12.
200. Bleuland, J., icon hepatis foetus octimestris. Traject. ad Rhen. 1789. 4.
201. Blom, C. de, de abortu. Leid. 1682. 4.
202. Blondel, J., diss. phys. sur la force de l'imagination des femmes enceintes sur le fetus. à Arnh. 1753. 8.
203. Blumenbach, J. F., über den Bildungstrieb und das Zeugungsgeschäft. Gött. 1781.
204. — Med. Biblioth. III Bde. Gött. 1783-1795. 8.
205. — Comment. de anom. et vitiosis quibusdam nisus formativi observationibus. Gotting. 1813. 4.
206. — Handb. d. vergleich. Anat. 2e Aufl. Gött. 1815.
207. Blumenhagen, P. G. A., menstruatio phys. et pathol. spect. Gott. 1803. 4.
207a. Blumhardt, J. F., über das baldige künstl. Entfernen d. Nachgeburt. Nach den amtl. Tagebüchern der Geburtsh. Würtembergs. M. e. Vorw. v. L. S. Riecke. Stuttg. 1830. 8.
208. Blunt, J. Manwidfery dissected etc, Lond. 1793. 8.

209. Bobertag, A. B. M., de periculis, quae e sectione caesarea puerperis contingunt. Berol. 1827. 8.
210. Bock, J. A. Beschreib. der neuen Pariser Entbindungs- u Findel-Anstalt, und d mit denselben verbundenen Hebammenschule. Berlin 1804. 8.
211. — De placentae solutione artificiali. Traj. ad V. 1802.
212. — J. F. An Hrn. Prof. Hagen in Berlin. Ueber dessen Sendschreiben an H. H. Stark. Zwei h. m. Geburtsfälle betreff. Berlin 1791. 8.
213. — A. C. Darst. d. weibl. Geschlechtsorgane sowohl im unbeschwängerten als beschwängerten Zustande, nebst e. Anh. über das weibl. Becken. Mit Kupf. Leipz. 1825.
214. — A, Beschreib. u. Abbild. d. missgebildeten Geschlechtstheile eines 7jährigen Kindes, welches bis jetzt für ein Mädchen gehalten worden, am 10. Jänner 1811 aber von einer Gesellschaft pract. Aerzte, namentlich Heim, Knappe, Beil, Rudolphi u. a. als Knabe erklärt worden, u. als solcher jetzt erzogen wird. Berlin 1811 gr. 8. M. K.
215. Bodin Essai sur les Accouchemens. à Paris 1797. 8.
216. Boecler. Epistola ad exteros medicos occasione fraudulentae mulieris, quae per totam fere vitam ficto monstroso ventre omnium decepit oculos, conscripta. Argent. 1728. 4
217. Boehmer, diss. de partu ob faciem ad orificium uteri conversam praeternaturali. Viteb. 1800.
218. — J. R., de consensu uteri cum mammis. Lips. 1750. 4.
219. — Ph. A. De prolapsu et in vers. uteri ejusd. vag. relaxatione. Halae 1748. (in Halleri disp. chir. Tom III. No. 86.)
220. — Programma, quo situs uteri gravidi foetusque a sede placentae in uteri deducitur; c. tab. Hal 1741. 4.
221. — Richardi Manningham etc. artis obstetr. compend. — duobus disquisitionibus, quarum prima de situ uteri gravidi foetusque a sede placentae in utero per regulas mechanismi deducenda agit. Halae 1745. 4. (a. in Schlegel sylloge etc.)
222. — Disquisitio altera, de usu et praestantia forcipis anglicanae in partu difficili ex situ nascendi capitis intra ossa pubis immobiliter haerentis. ad R. Manningham artis obstetriciae compend. Halae 1746. c. tab.
223. — Observ. anat. rar. fasc. notabilia circa uterum hum. continens c. fig. ad vivum express. Halae 1752. Fol.
224. — Observ. anat. rarior. fasciculus alter etc. Halae 1756. Fol. 1791.
225. — et F. A. König, de aquis ex utero gravido et parturientium profluentibus. Halae 1767. 4.
226. — De solvendis et extrahendis secundinis. Halae 1769.
227. — B., de uracho humano. Halae 1763. 4.
228. — resp. A. Beimann. Diss. de complicata cum abdominis hydrope graviditate. Halae 1770. 4.
229. — Diss. de fasciarum cauta in puerperis applicatione. Halae 1783. 4.
230. — G. R., de naturalibus foeminarum clausis. Viteb. 1768. (a. in Schlegels Sylloge etc.)
231 — Diss. de mammarum praesidiis ante partum. Viteb. 1796. 4.
232. Boelling, H. De causis quibusdam abortus. Halae 1799.

233. Boer, H. X,, Versuch e. Darstellung d. kindlichen Organismus in phys. pathol. und therapeutischer Hinsicht, Wien 1813. 8.
234. Boër (Boogers), J. L. Bemerk. üb. d. von Herrn B. Guerard an einer Gebärenden zu Düsseldorf gepflogenen ausserordentl. Entbindungsart, hauptsächlich die Schambeintrennung betreffend. Wien 1780. 8.
235. — L. J., Abhandlung von dem Gebrauche u, d. Unentbehrlichkeit des Hebels in der Entbindungskunst. Wien 1785. 8.
236. — Abhandlungen und Versuche geburtshülflichen Inhalts; zur Begründung e. naturgemässen Entbindungsmethode u. Behandlung der Schwangeren, Wöchnerinnen u. neugebornen Kinder; nach Erfahrungen u. Beobachtungen am Wiener allgemeinen Gebärhause. 3 Bde. Wien 1791-1807.
236a. — 2te Aufl.; a. unt. d. Tit: Abhandlungen und Versuche zur Begründung e. neuen einfachen und naturgemässen Geburtshülfe in 7 Büchern. 3 Bde. Wien und Leipz. 1811. — Auch latein.: med. obstetr. natural. lib. VII. Ebend. 1812. gr. 8.
236b. — 3te Aufl.; a. unt. d. Tit.: Natürliche Geburtshülfe u. Behandlung der Schwangeren, Wöchnerinnen u. neugeb. Kinder. 3 Bde. Ebend. 1817. gr. 8.
237. — Suppl. zur natürl. Geburtsh. etc. Wien 1826. 8.
238. — Ueber die Säugung neugeborner Kinder und Behandlung der Brüste der Kindbetterinnen; aus seinen Abhandlungen besonders abgedruckt. Wien 1808.
238a. Boerhaave, S. H. Praelect. acad. Lugd Bat 1761. 8.
239. Boerner, F. Die gebärende Frau sammt ihrer Leibesfrucht in Lebensgrösse sowohl durch Kunst abgebildet, als auch von einem Todtengerippe genommen, nach denjenigen Theilen des Leibes, welche durch Unterweisung eines Hebammenmeisters etc. d. Wehmütter u. Wundärzte, auch d. Eheweiber zu ihrem Verhalt in Schwangerschaften u. Geburten kennen u. verstehen sollen u. s. w. Frankfurt u. Leipzig 1750. 8. 1752.
240. Bössel, G. D. Grundlegung z. Hebammenkunst vor die Wehmütter u. vor Frauen, die Wehmütter werden etc., wie auch vor die schwangere, gebärende u. entbundene Frauen, kurz, deutlich, ordentlich u. gründlich, nach d. Vernunft u. Erfahrung abgefasst; nebst einem Anhange vom Hebammen-Eyde. Flensburg u. Altona 1753. 8. Neue Auflage. 1793.
241. — Hauptwerk in der Hebammenkunst Flensburg 1763. 8.
242. — von d. Wendung, ob die Wehmütter b. gefährl. Geburten dem Kopf zuerst zur Welt zu verhelfen suchen, oder ohne solchen Versuch, das Kind, sobald das Wasser springfertig ist, wenden u. bei d. Füssen herausziehen sollen? Flensburg 1764. 8. Neue Auflage. Ebend. u. Leipzig 1793. 8.
243. — Ueber d. Angenehme u. Unangenehme bei Ausübung d. Geburtshülfe. Quedlinburg 1764. 8.
244. Böttcher, J. F., verm. med.-chir. Schriften. Königsb. 1791.
245. Böttger, C (H.) G. praeside Th G. Timmermann. De inflammatione uteri. Rintel. 1760. 4.
246. du Bois. Ergo foetus extra uterum genitus salva matre potest excludi Parisiis 1727. 4.
247. Boivin, Veuve. Mémorial de l'art des accouch., ou principes fondés sur la pratique de l'hospice de la maternité de Paris et

sur celle de plus celebres praticiens nationaux et étrangers avec 140 gravures. Paris 1812 8. trois edit. 1824 — Aus d. Franz. v. Dr. Robert. Marburg 1829. 8.

248. — Mémoire sur les hémorrh. inter. de l'uterus. Paris 1819. 8.

249. — Nouvelles recherches sur l'origine, la nature et le traitement de la môle vésiculaire ou grossesse hydatique. Avec figure. Paris 1827. 8 A. d. Franz. Weimar 1828.

250. — Recherches sur une des causes les plus frequentes et la moins connue de l'avortement; suivies d'un mémoire sur l'intro-pelvimètre, ou mensurateur interne du bassin. Paris 1828. 8. Uebers. v. F. L. Meissner. Leipz. 1829. 8.

250a. — Observations et reflexions sur les cas d'absorption du Placenta. Paris 1829. 8.

251. Bonaciolus, L. Enneas muliebris. Fol. l. et a. cc. 1500. Argentorati 1537. 8. Leid. 1639. 12.

252. Bonn, A Descriptio thesauri ossium morbosorum Hoviani. Amstelod. 1783 4.

253. Bonhard, G. C. Die Kunst, Schwangere, Wöchnerinnen, neugeborne Kinder vernünftig zu behandeln, u. Gebärenden d. nöthigen Beistand zu leisten. Wiesbaden 1812.

254. Bonnaud, H. Abhandl. v. d. schädlichen Wirkungen der Schnürbrüste, sowohl bei Kindern, als bei Erwachsenen, und insonderheit b. weibl. Geschlecht. A. d. Franz. Leipz. 1773. 8.

255. Bonon. Diss. sur un préjugé concernant le maux des dents des femmes grosses. Paris 1741. 4.

256. Borchard, B. J., praes. P. J. Hartmann, de synchondrotomia in partu difficili rarissime utili. Traject ad Viadr. 1788. 4.

257. Bosch, H. van den, praes. St J. van Geuns; de natura et utilitate liquoris amnii. Utrecht 1733. (a. in Schlegels Syll.)

258. Bose, E G. De respiratione foetus et neogeniti. Lips. 1772.

259. — Diss. de graviditate variorum morborum medela. Lips. 1778.

260. — De morte foetus ejusque diagnosi Lips. 1785.

261. — resp. C. C. Bethke; de diagnos. vit. foet. etc. Lips. 1772. 4.

262. — A. J, resp. C. G. Jahn, de diagnosi vitae foetus et neogeniti Disput. I. Lips. 1771. 4.

263. Bottinger, E. Diss. de partu difficili ab extractione reliqui corporis, capite jam nato, laboriosa. Erf. 1758.

264. Bouchart, F. Ostentum Dolanum. Dol. 1661. 4.

265. Bourges, J. de, respond. A. de Sarte. An certus unus graviditatis index motus? Paris. 1651. 4.

266. Bourgeois, L. Observations div. sur la sterilité, perte des fruits, fecondité, accouchemens et maladies des femmes et enfans nouveaux nés. à Paris. 1609. 1626. 1642. 8. Lib. II. 1642. 8. L. III. 1644. 8.

267. — Apologie contre le raport de med. Paris 1627. 1635. 1642.

268. — Les Secrets, Paris 1635.

269. — Instructions à ma fille. Paris 1626. Ins Lat. u. Holl. übers. Delft. 1638. 8. — Ins Teutsche unter d. Tit. übers: Hebammenbuch, darin v. Fruchtbarkeit u. Unfruchtbarkeit etc. Frankf. 1. Thl. m. K. v. M. Merian. 4. (1618. 1628. 1644?) — 2. Thl. zum 2tenmale gedr. Frankf. 1628. Hanau 1652. 4. — 3. Thl. v d. weibl. Geburtstheilen u. d. Frucht, nach S. Pinaeus. Frankf. 1626. 1648. 4. Anh. durch J. Th. de Bry. Frankf. 1626. 4. m. K. — 4. Thl. Von gefährl. Zuständen der

Schwangeren, mit Recepten etc. Frankf. 1626. 1644. 4. — Schutzrede od. Verantwortung Frawen Loysa Burgeois, genannt Burcier etc. Frankf. 1629. 4.
270. le Boursier de Coudray, Mad. Abrégé de l'art des accouchemens avec plusieurs observations interessantes sur des cases singulaires, à Paris. 1759. 12. — Neue Ausgabe, mit d. Bildnisse d. Verf. u. illuminirt. K. à. Paris 1777. 8.
271. Bouvart. Ergo ossa innominata in gravidis et parturientibus diducuntur. s. l. 1739. 4.
272. — Consultation sur une naissance tardive Paris 1765.
272a. Boyer, A Traité des maladies chirurg. Tom. I-X. à Paris.
272b. — Abhandlung. über d. chir. Krankheiten u. d. dabei angezeigten Operationen. A. d. Franz. v. C. Textor. Würzb. (I-X Bd. 1818-1826.
273. Bozzini, Ph. Der Lichtleiter, od. Beschreib. e. einfachen Vorrichtung u. ihrer Anwendung zur Erleuchtung innerer Höhlen u. Zwischenräume d. lebenden animalischen Körpers. Weimar 1806. Fol. m K.
274. Brakan, H. Midwifery companion with a true method of menaging the small pox. London 1737. 1745. 8.
275. Brand, J. C. De secundinis ambitui ostii matricis interni adfixis. Lugd Bat. 1770. (Rec. in Schlegel's Sylloge.)
276. Brandau, G. C. L. Diss. sistens Ecchymomata capitis recens natorum. Marb. 1825. 8.
276a. Brandt, F. G. F. T., D. de vomitu gravid. Berol. 1828. 8.
277. Brasse, B. H. De varicibus praesertim gravid. etc. Berol. 1819. 4. c. tab. aen.
278. Braun, J. A. Ueber d. Werth u die Wichtigkeit d. weiblichen Brüste für d. Wohl d. Menschheit u. d. Sorge f. d. Erhaltung derselben; sowie auch über d Mittel, die aus Vernachlässigung dieser Sorge entstehenden Nachtheile zu beseitigen. Erfurt 1805. 8. m. K. 2 Bde. — Unter d. neuen Tit.: die Geheimnisse d. Grazien u. s. w. 1812.
279. — J. Diss. quaest., de perforatione cranii in partu difficili foetu adh. vivo retinenda an rejicienda, respons. Landish. 1815. 8.
280. Braunegger, Einige Worte über das Grossh. Bad. Kreis-Med. Raths etc., Dr. J. N. Sauters etc. Anschwärzungs etc. Sucht. (Constanz). 1816. 8.
281. Bree, J. de. Verhandeling soer het Gebruik van den Roonhuiziaanschen Hefbohm in de Verloskunde. Amst. 1733.
282. Brehm, G. C. B. Diss. de hydatid Erf 1745 4. c. tab.
283. Breithaupt, J. C Nachr. d. v. d. Hrn. Prof. Stein in Cassel erfundenen Brust- oder Milchpumpe. Cassel 1773. 8. m. 1 K.
284. Brendel, A. De nutritione foetus in utero mat. Altenb. 1711.
285. Brenner. E. G. Diss. de fallacia signorum in graviditate. Marb. 1790. 8.
286. Brera, L. Giornale di medicina prat. Padua 1812-1816. I-VIII. Vol. 8.
287. Briefwisseling over Vroedkundigs onderwerpen, tusscher den Lector Rocquette en de Hoogleraaren Bleuland en Vrolik. (Briefwechsel über geburtshülfliche Gegenstände zwischen.) Amsterdam 1803. gr. 8.
288. Brill, A. Observationes de humore lacteo in placenta hum. Groning 1768. 4.

289. Brinkmann, J. B. Bemerk. über die neuerdings vorgeschlagene u. an einer Kreissenden verrichteten Operation der Durchschneid. d. Symphise d. Schambeine. Düsseld. 1778 8.
290. Bruas, J. H. de. Het gebruyk des lepels herstellt, of kort berygt om trent eenige instrumenten dienende in de Vroedkunde. Middelburg 1755. 8.
291. Bruch, Fr. Chr. Beobachtungen über die vortheilhafte Anwendung der kalten Aufschläge bei Gebärmutterblutstürzen mit sitzengebliebener Nachgeburt. Marburg 1793.
292. — Unterricht für Hebammen. Frankfurt 1792. 8.
293. Brückmann, F. E. Ausführl. Beschreibung einer seltsamen Wundergeburt, welche eine Soldatenfrau zu Wolfenbüttel zur Welt brachte. Wolfenbüttel 1732. 4. m. K.
294. Brühl, G. J. Anmerkungen über Rübel's dritten Theil des wahren Portraits e. geschickten u. erfahrenen Medici, Chirurgie u. e. Hebamme. Ulm 1770. 8.
295. Brünninghausen, H. J. Ueber eine neue von ihm erfundene Geburtszange. Würzburg 1802. 8. m. 1 K.
296. — Etwas üb. Erleicht. schwerer Geburten. Würzb. 1804. 8.
297. — Abhandl. über die Exstirpation d. Balggeschwülste, nebst einem Anhange über die von ihm verbesserte Geburtszange. Würzb. 1805.
298. Brumi, saggio sopra l'educazione fisica e morale dei Bambini. Flor. 1810.
299. Brunner, J. D. E. Diss. de partu praeternaturali ob situm placentae super orificium uteri internum. Argent. 1730. 4.
300. Bruns, J. C. Diss. sistens observationes anatom., chir. et medicas. Goett. 1760. 4.
301. Buchwalden, B. v. De dolorib parturient. spuriis. Hafn. 1734.
302. — Diss. de partu difficili ex funiculo umbilicali. Hafn. 1749.
303. Buchwald, B. J., respondente C. J. Berger, de perfectissimi enixus signis Hafn. 1759.
304. Buczynsky de retroversione uteri. Vilnae 1811.
305. Buechner, E. A. De difficultate pariendi ex mala pelvis conformatione. Halae 1756.
306. — De necessaria brevi post partum secundinarum extractione. Halae 1757.
307. — De genuino foetus in utero situ naturali. Hal. 1758.
308. — Diss. Generatio molarum ex principiis novis deducta. Halae 1760. 4.
309. — Pneumatosis, seu de mola flatulenta malitiose excitata, iterumque feliciter sublata. Erf. 1731.
310. — resp. J. G. Wegelin. Diss. de periculo gravidarum ex febribus. 1763. 4.
311. — De abortu ob chronicam et torminosam diarrhoeam non semper metuendo singularis casus. Halae 1766. 4.
312. Büsch, P. H. Verhaltungsregeln für Schwangere, Gebärende u. Wöchnerinnen. Hamburg 1782. 8.
313. Büttner, C. G. Anatomische Anmerkungen bei einem mit auswärts hangenden Herzen lebendig gebornen Kinde etc. Königsberg 1752. 4. m. 3. K.
314a. Bulletin de l'Athenée de Médec. de Paris.
314b. de la societé philomatique.

314c. Bulletin des sciences medicales publié au nom de la Société médicale d'Emulation de Paris.
314d. — de la Faculté de Medecine à Paris et de la societé établie dans son sein.
315. Burchard, C. L., de foetus capitis situ obliquo et perverso, ejusque causis, signis, speciebus et cura. Jen. 1797. 4.
316. Burdach, Ch. D. Diss. de laesione partium foetus, nutritioni inservientium, abortus causa. Lips. 1768. 4. m. 2 K. (a. in Schlegel's Sylloge etc.)
317. — C. F. Die Physiologie als Erfahrungswissenschaft. Leipz. I. Bd. 1826. 8. II. Bd. 1828. m. 4 Kupfert. gr. 8.
318. — Sechster Bericht von der königl. anatomischen Anstalt zu Königsberg. Leipz. 1823. 8. m. K.
319. — De foetu humano annotationes academicae, quibus praemissis gratulatur viro Cl. S. Th. Soemmerring universitas Regiomontana. Lips. 1828. Fol. Acced. tab. aen.
320. — E. De retentione secundinarum. Regiomont. 1822. 4.
321. Burdorf. Ueber d. Erhaltung d. Lebens u. das frühe Begraben. 2 Thle. Flensb. 1794. 8.
322. Burggrav, J. P. Bedenken von dem Geschäfte d. Erzeugung, insonderheit e. Frucht in der anderen, in dem dreifachen Reiche d. Natur; bei Gelegenheit d. vermeinten Geburt, so ein Mägdlein 16 Monat alt zu Darmstadt soll gehabt haben den 7. Sept. 1736, welche zugleich umständlich erzählt und ausführlich erklärt wird. Frankf. a. Main 1737. 4.
323. Burns, J. The anatomy of the gravid uterus with practical inferences relative to pregnancy and labour. Glasgow 1799. 8.
324. — Practical observations on the uterine haemorrhagies. London 1807. 8.
325. — The principles of Midwifery, including the diseases of Women and Children. Lond. 1809. Edit. 3. 1814. 4. Edit. 1817. 8. — A. d. Engl. Grundsätze d. Geburtshülfe v Dr. T. E. H. C. Kölpin. Berlin u. Stettin 1820. gr. 8. Auch übers. v. Kilian. Bd. I. Heidelberg 1827.
326. — Observations on abortion. Lond. 1806. 8.
327. Burton, J. An Essay towards a complete new system of Midwifery theoretical and practical. Together with the description, causes and methods of removing, or relieving the disorders peculiar to pregnant and Lying in women, and Newborn Infants etc. London 1751. 8. m. 18 K. — Traduit de l'Anglois en Franc. par. Le Moine. à Paris. 1771. 8. avec 18 fig.
328. — A letter to W. Smellie containing critical and practical remarks upon his treatise on the theory etc. London 1753. 8. m. K.
329. Busch. Diss. de partu naturali difficil propter humerorum iniquum situm. Strassb. 1775. 4.
330. — J. D. Kurzgefasste Hebammenkunst. Zum Unterricht für Wehemütter. Marburg 1801. 8. 1805. gr 8. m. 10 K.
331. — Beschreibung zweier merkwürdigen menschlichen Missgeburten. Marb. 1803. 4. m. 6 K.
332. — Sammlung auserlesener Beobachtungen a. d. technischen Geburtshülfe. Marb. 1817. 4. m. K.

333. Busch, D. W. H. Einrichtung d. geburtshülflichen Klinik in der akadem. Entbindungsanstalt zu Marburg. Marb. 1821.
334. — Geburtshülfliche Abhandlungen. Marb. 1826. 8.
335. — Systematisches Repertorium d. gesammten med. Literatur Deutschlands. Marburg. Jahrgang 1828. 8. u. 1829. 8.
336. — H. L. De haemorrhagia uteri. Marb. 1795.

C.

337. Cambon, H. von. Schreiben an Hrn. von Brambilla, drei Schambeintrennungen betreffend. A. d. Franz. m. Anmerkungen von Boër. Wien 1781. 8.
338. Camerarius, El. R., resp. E. Backmeister. Diss. de vomitu gravidarum. Tub. 1682. 4.
339. — Sylloge memorabilium medicorum. Tub. 1683. 8.
340. Camerer, J. R. Bericht für schwangere und gebärende Weiber. Nürnb. 1615. 8.
341. — Chph. Fr., respond. Sigwart, diss. in. sistens foetus per pelvim transitum sub partu naturali accuratius descriptum. Tubing. 1778. 4.
342. Camper, P. De emolumentis et optima methodo insitionis variolarum etc., acced. ejusdem epistola ad D. van Gescher, de emolumentis synchondroseos ossium pubis in partu difficili. (Hafn.) Groning. 1774.
343. — demonstrat. anat. patholog. Lib. II. continens pelvis humanae fabricam et morbos. Amstelod. 1760 et 1762. Imp. Fol.
344. — Betrachtungen über einige Gegenstände d. Geburtshülfe u. üb. d. Erziehung d. Kinder. A. d. Holländ. Leipz. 1777. 8.
345. — Abhandlung von d. Kennzeichen d. Lebens u. d. Todes bei neugebornen Kindern, nebst einig. Gedanken über Strafen d. Kindermords. A. d. Holländ. von J. F. Herbell. Frankf. u. Leipzig 1777.
346. — über d. beste Form d. Schuhe. Uebers. Berlin u. Stettin. 1783. 8. m. K. (a. in P. C. kleineren Schriften.)
347. — Kleinere Schriften. Leipzig 1790.
348. — Dissert. decem. Lingae 1798. 8.
349. — Vermischte Schriften, die Arznei-, Wundarznei- u. Entbindungskunst betreffend. Lingen u. Leipz. 1801. 8. m. K.
350. Camper, P. Verhandeling over het Bestuar van Kinderen. Amsterd. 1800. 8.
351. Canestrini, A. Historia de utero duplici, alterutro quarto graviditatis mense rupto. Aug. Vindel. 1788. 8. c. tab. aen.
352. Cangiamila, Fr. E. Abregé de l'Embryologie sacrée, ou du traité du devoir de prêtres, de médecins et autres, sur le salut éternel des enfans, qui sont dans le ventre de leur mère. à Paris. 1762. 8. Trad. par l'Abbe Dinouart à Paris. — Embryologia sacra, sive de officio sacerdotum, medicorum et aliorum circa aeternam parvulorum in utero existentium salutem libri quatuor. Venet. 1763. Fol.
353. Capuron, J. Cours théorique et pratique d'accouchemens dans lequel on expose les principes de cette branche de l'art, les soins que la femme exige pendant et après le travail etc. Paris (1811.) 1816. 8.

354. Capuron, J. Traité des mäladies des femmes depuis la puberté jusqu'à l'âge critique inclusivement. Paris (1811.) 1817. 8.
355. — La médecine legale relative à l'art des accouchemens etc. Paris 1821. 8.
356. — Abhandlung über d. Krankheiten d. Kinder, von der Geburt an bis zum Eintritte d. Pubertät. A. d. Franz. m. einer Vorrede v. F. A. B. Puchelt. Leipzig 1821.
357. Carus, C. G. De uteri rheumatismo. Lips. 1811. 4.
358. — Lehrbuch d. Gynäkologie oder systematische Darstellung d. Lehre v. Erkenntniss u. Behandlung d. eigenthümlichen gesunden und kranken Zustände sowohl nicht schwangerer, schwangerer u. gebärender Frauen, als der Wöchnerinnen u. neugebornen Kinder. Leipzig 1820—1821. 2 Thle. 8. m K. — 2te Auflage. Ebend. 1ter Thl. m. 1 K. 2ter Thl. m. 2 K. 1828. gr. 8.
359. — Zur Lehre v. Schwangerschaft u. Geburt, physiologische, pathologische u therapeutische Abhandlungen, mit besonderer Hinsicht auf vergleichende Beobachtungen an Thieren. Erste u. zweite Abtheil. Leipz. 1822-1824. 8. m. K.
360. Caspar, C. C. C. De situ capitis vario ad partum. Gotting. 1805 4.
361. Caspari. Katechismuss d. Verhaltens für junge Frauen. Leipzig 1825.
362. Casper, J L. Beiträge zur med. Statistik u. Staatsarzneikunde. Berlin 1825. 8
336. Cassebeer, J. G. De capitis foetus humani pelvim intrantis situ vario, varioque ejusdem pelvi exeuntis. Sectio prima vel pars historica. Marburg 1815 8. (Sect. II. cf. Pt. J. Robert.)
364. Cassebohm, J. Fr. De differentia foetus et adulti anatomica. Halae 1730. 4.
365. Castringius, L. Diss. de rationibus sectionem caesaream in usum vocandi. Jenae 1791. 8.
366. Castro, R a. De universa mulierum medicina novo et antehac a nemine tentato ordine opus absolutissimum. Pars I. theoretica. Pars II. Praxis. Hamb. 1603-1604.
367. le Cat. Nouveau systeme sur la cause de l'evacuation du sexe. à Amsterd. 1765. 8.
368. Celsus, A. C. De medicina libb. VIII. Lugd. Bat. 1785. 4. Ed. C. Crause. Lips. 1766. 8.
369. Chapmann, Ed. Replic to Douglas's short account of the state of midwifery at London. 1737. 8.
370. — A Treatise on the Improvement of Midwifery Chiefly with regard to the operation etc. Lond. 1739. A. d. Engl.: Abhandlung zur Verbesserung d. Hebammenkunst. Copenhagen 1748. 8. m. 1 K.
371. Charante, G. van. De cura secundinarum graviditate ad terminum deducta. Lugd. Bat. 1815. 4.
372. Charleton, G. Inquisitio de causis catameniorum et uteri rheumatismo. Lond. 1685. 12. Lugd. Bat. 1686. 12.
373. Chaufepié, P. D. de. Neuer Hebammenwegweiser u. s. w. Lübeck u. Altona 1758. 8. Neue Aufl. 1783. 8.

374. Chaussier, F. Considerations sur les convulsions, qui attaquent les femmes enceintes. Paris. II. édit. 1824. 8.
374a. — Mesures relat. à l'étude et à la pratiques des accouch.
375. Chemnitzius, S., praeside Krausio. Diss. de extract. foetus mortui ex utero materno. Jen. 1677.
376. Cheselden, W. Osteographia, or the anatomy of the bones. Lond. 1733. Fol. m. K.
377. Chevreul. Précis de l'art des accouchemens. Paris, 1826. 8.
378. Cheyne, J. Essays of the diseases of children. Lond. 1802. 8.
379. Chomel, J. B. L., et P. Bercher. Ergo praegnanti superveniente haemorrhagia uteri partus manu promovendus? Paris. 1742. 4.
380. Choulant, J. L. Decas I. et II. pelvium spinarumque deformatarum adjectis nonnullis annotat. Lips. 1818. 1820. 4.
381. — Tafeln zur Geschichte der Medicin nach der Ordnung ihrer Doctrinen. Leipz 1822. Fol.
382. Christ, J. Th. Diss. de concept. tubaria. Marb. 1802.
383. Christell, G. Diss. de partu gemellorum coalitorum. Argentor. 1751. 4.
384. Christiaens, S. D., de haemorrhagia uterina in graviditate, partu, eoque peracto, superveniente. Lugd. Bat. 1816.
385. Christini, J. Diss. sur la rupture de la matr. pendant la grossesse et l'acc. Paris, 1804.
386. Chueden, G. L. De signis foetus vivi ac mortui. Goett. 1756. (Recus. in Roederer opusc.)
387. Clarke, J. Pract. essays on the menagement of pregnancy and labour, and on the inflammatory and febrile diseases of lyingin women. Lond. 1793. 8.
388. — Ch. Mansfield. Observations on those diseases of females, which are attensed by Discharges, illustrated by copperplates of the diseases. Pars I. Mucous discharges. Lond. 1804. 4. — A. d. Engl. übers. von P. Heinecken, mit Vorr. u. Anmerk v. J. Heinecken: Beobachtungen üb. d. Krankheiten des Weibes, welche von Ausflüssen begleitet sind. Hannov. 1817 u. 1818. 8. 2 Thle.
389. Clausius, J. B. Diss de conceptione impossibili sine praedispositione. Jen. 1789. 4.
390. Clebsch, E. F. L. Diss. de haemorrhagia uteri in parturientibus et puerperis. Berol. 1825. 8.
391. Cleeff, G. M. van, de usu placentae humanae, comparatione ejusdem cum animal. placentis illustrato. Utrecht. 1819.
392. Clemens, G. C, praes. H. Ludloff. Diss. in. de funiculo umbilicali foetus hum. longiori prae brutis. Erf. 1724. 8.
393. Clesius, J. Etwas für Eheleute über Entstehung u. Verhütung der Missgeburten, nebst Darstellung einer seltenen in Coblenz zur Welt gekommenen Missgeb. Had. 1812. 8. M. 1 K.
394. Cliet, H. Compte-Rendu medico-chirurgical des observat. recueillies dans la Salle des Filles-mères de l'Hôpital général de la Charité de Lyon, depuis le 1er Sept. 1817. jusqu'à la fin de Dec. 1821. Lyon, 1823.
395. Cnypers, H. De retroversione uteri gravidi. L. B. 1774. 4.
396. Cockell, W. Essay on the retroversion of the uterus. Lond. 1785. 8.
397. Cohn, S. D. De varia pelvis foemin. forma. Regiom. 1827. 8.

398. Colland, F. Fundamenta artis obstetr. Viennae, 1804. 8.
399. Collectanea de diuturna gravid. Amst. 1662.
400. — societ. med. Hafniensis. Vol. I et II. Hafniae 1774.
401. Collmann, L. Abhandlung über die Schiefstehung der Gebärmutter unter d. Geburt, und die verschiedenen Gattungen u. Ursachen d. Blutflüsse. d. weibl. Geschlechts. Wien 1818.
402. Columbus, R. De re anatomica libb. XV. Venet. 1559. Fol. Paris. 1572. 8.
403. Commentaries medical and philosophical by a Society of Physicians in Edinburgh. Vol. 1-10. Edinb. 1773-1785. 8. Second. Dec. Vol. 1-10. ibid. 1786-1795. 8.
404. Commentarien medicinische von einer Gesellschaft von Aerzten in Edinburgh. Altenb. 1774. seq. 8. Band I-X. III Decaden, die dritte unt. d. Tit.: Med. Annalen engl. Aerzte, herausg. v. A. Duncan. (cof. A. Duncan.)
405. Commentarii de rebus in scientia naturali et medicina gestis. Lips. 1757-1793. 8. XXXIV Vol. (Redig. v. Ludwig, dann von Reichel, von Leske, Franz, Kühn.)
406. — de Bononiensi scientiarum et artium instituto atque Academia. Bonon. 1733-1791 4. VII Tom.
407. — societ. reg. scientiarum Goettingensis. F. 1752. sq. 4.
408. — novi societ. reg. scient. Goett. Tom. VIII. 1771. et sq.
409. — acad. scient. Imp. Petropolitanae. Tom. I-XIV. Petrop. 1728-1751.
410. — novi acad. scient. imp. Petropolitanae. Tom. I-XX. 4. 1750-1776.
411. Commentary nuovi di Medicina e di Chirurgia publ. del Sign. V. L. Brera, C. Ruggerie Fl. Caldani. Padua 1818. 8.
412. Commentationes et hist. acad. elect. scientiarum etc. Theodoro-Palatinae. — Mannh. 1766-1784. 4. 4 Vol.
413. — societatis physico-medicae apud universitatem litterarum Mosquensem Mosq. 1811. 4. m K.
414. — reg. soc. scient. Goettingensis. Goett. 1779-1803. 4. XV Vol.
415 — recent. etc. Goett. 1811. usque ad hodiernos dies.
416. Commercium literarium Noricum. 1738. 39. 44. m. K. 4.
417. Communications medical. Vol. II. Lond. 1784-1790. 8.
418. Conquest, J. F. Outlines of midwifery developing its principles and practice. Lond. 1820. 8. M. 12 Steindr.
419. Conradi, B. G. F. Diss. referens sectiones quasdam cadaverum pathol. et hist. rupturae uteri et vaginae. Jen 1802. 4.
420 Conring, H. De lacte. Helmst. 1687. 4.
421. Cooper. De abortionibus. Lugd. B. 1767.
422. — Diss. de situ capitis vario ad partum. Goett. 1805.
423. — S. Neuestes Handb. d. Chirurgie in alphabet. Ordnung. A. d. Engl. v. F. L. v. Froriep. Weimar, 1821.
423a. Coppieters, H. L. De regimine puerp. Gand. 1824. 4.
424. Cornax, M. Hist. quinquennis fere gestationis in utero, et quomodo infans semiputridus resecto utero exemtus sit, et mater curata absque sutura evaserit. Venet. 1550. 4.
425 — Hist. secunda, quod eadem foemina denuo conceperit, et gestavit foetum vivum, perfectum, masculum, ad legitimum pariendi tempus, quodque ex posthabita sectione mater una cum puella interierit: Viennae, 1550. — Auch in R. Dodonaei

med. observ. exempl. rarior.; — und in: Foetus vivi ex matre viva sine alterius vitae periculo caesura, a F. Rousseto conscripta, C. Bauhino latin. reddita etc. Basil. 1591. 8.
426. Corvinus. Diss. de conceptione tubaria. Argent. 1780. 4.
427. Corvisart et Boyer Journal de Medecine, par C. Vol. 1-40. Paris 1807-1817. 8.
428. Coschwitz, G. D. De virgine hydrope uteri, mola simul laborante. Halae 1725. 4.
429. — resp. Boerner. Diss. de parturientium reclinatione supina pro facilitando partu inutili. Halae M. 1725. 4.
430. Counsell, G. The art of Midwif. etc. Lond. 1752. 8. m. K.
431. de la Courvée, J. C. De nutritione foetus in utero paradoxa. Dantisci 1655. 4.
432. Crams. Anat. Beschreib. e. monströsen Gewächses in dem Unterleibe einer Frau von 53 Jahren, das 18 Pfund schwer war. Frankf. a. M. 1730.
433. v. Crantz, J. H. N. Einleitung in e. wahre u. gegründete Hebammenkunst. 3e Aufl. Wien 1770. 8. (Ins Ital. u. Holl. übers.)
434. — Adversaria de praecipuis artis obstetr. auxiliis. Lips. 1760. 4. (A. in Nova acta Nat. Cur.)
435. — Comment. de rupto in partus doloribus a foetu utero. Lips. 1756. 8.
436. — Comment. de re instrumentaria in arte obstetric. etc. Nürnb. 1757. 4.
437. Crell, J. F., resp. J. G. Günz. De mammarum fabrica et lactis secretione. Lips. 1734. 4.
438. — L. v. Chemische Annalen. Helmst. u. Leipz. 1789, et sq.
439. Creve, C. C. Vom Baue d. weibl. Beckens. Leipz. 1794. 4.
440. — V. d. Krankh. d. weibl. Beckens. Berl. 1796. 4.
441. Croneberg, A. J. Diss. de secund. extract. Jen. 1810.
441b. a Cruce, J. A. Chirurgiae universalis opus absolutissimum. Venet. 1596. Fol.
442. Crusius, S. G. De quibusd. gravidarum varicibus. Lips. 1787. 4.
443. Cunitz, C. F. De liquore amnii ejusque relatione ad foetum in utero. Lips. 1788.
444. Curtius, C. W. Spec. inaug. de monstro humano c. infante gemello. c. tab. aen. Lugd. Bat. 1762. 4.
445. Cypryanus, A. Epistola, historiam exhibens foetus hum. post XXI menses ex uteri tuba matre salva et superstite excisi, ad ampl. Virum D. D. Th. Millington etc. Lugd. Bat. 1700. 8. m. K. — Ins Franz. übers. Amsterd. 1707. 8. — Ins Ital. Neapel 1727. 4.
446. Czihak, J. Ch. St. Diss. in. de graviditate extrauterina, acced. descriptio memorandae cujusdam graviditatis tubae dextrae. Heidelb. 1824. 4.

D.

447. Daillez, A. J. Précis des leçons de Mr. Baudelocque sur le renversement de la matrice. Paris 1803. 8.
448. Dalwig, V. Diss. de liquore amnii. Rintel. 1765. 4.
449. Damen, J. Ch. Bericht von einer von ihm unternommenen Schambeintrennung und deren glücklichem Erfolge. A. d. Holl. Frankf. u. Leipzig, 1785. 8.

450. Dampier, W. The complead Midwifes practice enlarged. Lond. 1699. 8.
451. Danker, J. Ph. Diss. in. de haemorrh. molari. Arg. 1725. 4.
452. Daniel. De nuper nat. umbilico et pulmonibus. Hal. 1781. 4.
453. Danz, F. G. Brevis forcipum obstetric. hist. Giess. 1790.
454. — De arte obstetricia Aegyptiorum. Giess. 1791. 4.
455. — Grundriss der Zergliederungskunde des neugebornen Kindes etc. M. Anmerk. v. Sömmering. 2 Bdchen. Frankf. u. Leipz. 1792-1793. 8.
456. Daubert, C. M. Diss. de funiculo umbilicali hum. foetui circumvoluto. Goett. 1808. 8. c. tab. aen.
457. Davidsohn, J. S. Sectionis caesareae hist. Regiom. 1827. 8.
458. Davis, D. D. Elements of operative Midwifery; comprising a description of certain and improved powers for assisting difficult and dangerous Labours; illustrated by plates: with cautionary structures on the improper use of Instruments. Lond. 1825. 4. m. 20 Steindrtaf. in Fol.
459. Dawkes, T. The midwife, rigthley instructed or the way to acquire the true Knowledge of the art of midwifery. Lond. 1736. 8.
460. Dease, W. Observations in midwifery particulary on the methode of Delivery in difficoult Labours etc. Dublin, 1783. 8. Ins Teutsche übers: W. Dease's Bemerkungen üb. d. Entbindungskunst in langwierigen u. schweren Geburten etc. u. mit einigen Anmerk versehen v. Ch. F. Michaelis. Zittau u. Leipzig, 1788. 8. m. 1 K.
461. Decourcelle. Elixir Américain, ou le salut des Dames, par rapport à leurs maladies particulières. à Chalons. 1771. 8.
462. Dehmel, J. C. Diss., qua problema, an umbilici deligatio in nuper natis absolute necessaria sit, in partem negativam resolvitur. s. l. 1733. 4.
463. Deinzer. De uteri inversione. Erlang. 1816.
464. Deisch, J. A. Diss. de necessaria in partu praeternaturali instrumentorum applicatione. Argent. 1740. 4.
465. — Abhandlung, dass weder durch Wendung noch Zange die scharfen Instrumente gänzlich vermieden werden können. Augsb. 1754. 8. Verm. A. 1766.
466. — Diss. de usu cultrorum atque uncinorum scindentium eximio in partu praeternaturali, nec versione foetus, nec applicatione forcipis Anglicanae vel Levreti terminando; sectionisque caesareae matre adhuc vivente instituendae securitate atque utilitate. Suobaci 1759. 4.
467. — Vernünftige u. s. w. Bedenken über mancherlei aus Unwissenheit u. s. w. durch Missbrauch stumpfer u. scharfer Instrumente verunglückter Geburten, herausg. v. G. F. Gutermann. Frankf. u. Leipzig 1761. 8. 2 Thle.
468. Delamalle. Plaidoyers pour le Sieur Baudelocque contre Alexander Tardieu, J. F. Sacombe, se disant medecin-Accoucheur etc Paris 1804. 4.
469. Deleurye, F. A. Traité des Accouchemens en faveur des éleves. à Paris 1770. 8. — Uebersetzt: Abhandlung über die Geburten, nebst Behandlung d. Krankheiten d. Schwangeren, Kindbetterinnen u. Kinder m. Anmerkungen v. Flemming. Breslau 1778. 8.

470. Deleurye, F. A. La mère selon l'ordre de la nature avec une traité sur les maladies des enfans. à Paris. 1772. 8. — In's Teutsche übers.: Die Mutter nach Anweisung d. Natur u. s. w. Nürnb. 1774. 8.
471. — Observations sur l'operation césarienne à la ligne blanche. à Paris 1799.
472. Delius, A. F. Beobachtungen u. Untersuchungen, welche das Geschäft d. Erzeugung u. d. Geburtshülfe betreffen. Nürnb. 1766. 8. m. K.
473. — (H.), F. De uteri fabrica controversa. Erlang. 1769. 4.
474. Demangeon, J. B. Examen critique de la doctrine et des procédés de Sacombe du cit. Sacombe, ouvragé terminé par une description de l'hospice etc. de Coppenhaque. à Paris. An. VII. 8.
475. — Diss. de fallaci atque nocuo obturamenti in haemorrhagiis uteri cohibendis usu, cum potiorum remediorum subjecta brevi expositione. Paris 1803. 4.
476. Demonstrationen, geburtshülfliche cf. No. 696a.
477. Demuelenaere, Fr. De regim. gravid. Lovanii 1824. 4.
478. Denaux, L. Ch. Diss. sur la rupture de la matrice pendant la grossesse et l'accouch. à Paris. 1804. 4.
479. Denis, J. Verhandeling over het Ampt der Vroedmeesters en Vroedvrouwen met aanmerkingen derselve konst rakende. Leiden. 1733. 4.
480. Denkschriften, neue, d. physikalisch-medicinischen Societät in Erlangen.
481. Denman, Th. An Essay on natural labours. Lond. 1786. Uebers. in d. n. Sammlung v. Abh. für Wundärzte.
482. — An Essay ou praeternatural labours. Lond 1786.
483. — An Essay on difficult. labours. London 1787. 8.
484. — Aphorismes on the application and use of the forceps, on praeternatural labours, and on labours attented with hemorrhage. Lond. 1786. 8. — Teutsch im Journal für Geburtshelfer.
485. — An Essay on uterine haemorrhages, depending on pregnancy and parturition. 2de Edit. corr. Lond. 1786.
486. — Collection of engravings, tending to illustrate the generation and parturition of animals, with thwo plates of a ruptured and inverted uterus. Lond. 1786. 1815. Fol.
487. — Diss observ. on the rupture of the uterus. Lond. 1810.
488. — An introduction to the practice of Midwifery. Vol. I. Lond. 1787. 8. 5. Edit. considerably improved. Lond. 1816. 8. m. K. Eine mit Verbesserungen u. Zusätzen versehene Ausgabe ist von J. W. Francis zu Newyork besorgt. New-York 1821. 8. — Denman's Anleitung zur practischen Geburtshülfe etc. A. d. Engl. v. J. J. Römer. Zürich u. Leipzig 1791. 8.
489. Denneux, L. Essai sur la rupture de la matrice pendant la grossesse et l'accouchement. Paris 1805. 8.
490. Desberger. Biargruna, worin der Pelvimeter pluriformis als neueste Erfindung eines Instruments für Entbindungskunde u. als Beitrag zu diesem Theil abgebildet und beschrieben ist. Berlin 1824. Fol.
490a. — Schwangerschaftskalender für Aerzte, Geburtshelfer und Hebammen. Berlin 1827.

491. Descemet, N. J., praes. P. J. C. Manduyt de la Ursenne, quaestio med. An uteri contractio praecipua parturitionis causa? Resp. utique. Paris 1755. 4.
492. Desgranges. Réflexions sur la section de la symphyse des os pubis. à Lyon 1781. 8.
493. Desormeaux, M. A. Thes. de abortu. Paris 1811. 4.
494. Dethardting. De foetus immaturi exclusione. Rostock. 1748.
495. — G. G. De determinandis finibus et recto modo applicandae forcipis et faciendae versionis. Jen. 1780.
496. Deusing, A. Historia foetus extra uterum in abdomine geniti ibique per sex penelustra detenti ac tandem lapidescentis. Groning. 1661. 16. 1663. 1664. 4.
497. — Foetus Mussipont. extra uterum geniti secund. Gron. 1662.
498. — Historia foetus gemellorum partus infelicis, quo gemelli ex utero in abdomen elapsi multis annis post per abdomen in lucem prodierunt. Groning. 1662. 16.
499 — Vindiciae foetus extra uterum geniti. Groning. 1664. 16.
500. de Deutsch, C. F. G. L. Diss. in. de versione foetus in pedes. Dorpati Livonorum. 1826. 8.
501. Deutsch, C. F. Diss. de graviditate abdominali, singulari observatione ad Tab. IV. aen. (Fol.) illustrata cum quibusdam ad histor. litterariam additamentis huc facientibus. Hal. 1792. 4.
502. Deutschberg, C. H. Diss. in. patholog. anatom. de tumoribus nonnullis congenitis. Vratislav. 1822. 4. c. tab. aen.
503. van Deventer, H. Dagerrat der Vroedvrouwen; (ofte Voorloper van het tractat, genaemt nieuw Ligt der Vroedvrouwen). Leid. 1696. 8. 1701. 1724. 4.
504. — Manual Operatien. I. deel; zijnde een nieuw Ligt vor Vroedmeesters en Vroedvrouwen. — Versien met vele Kopere Platen, vertonende de veelderleye verplantsingen der Lyf moeders en de verkeerde Legginge d. Kinderen. Gravenhag. 1701. 4.
505. — Operationum chirurgicarum novum lumen exhibentium obstetricantibus, quo fideliter manifestatur ars obstetricandi, et quidquid ad eam requiritur, instructum pluribus figuris aeri incisis. Lugd. Bat. 1701. 4. c. fig. (Ins Franz. übers. v. J. J. Bruhier d'Ablaincourt: Observations importantes sur le manuel des accouchemens. à Paris 1733. — Ins Engl. übers.: Lond. 1716. 8. m. K. — Ins Teutsche übers.: Neues Hebammenlicht u. s. w. Jena 1704. 8. m. K.) — Ej. operis Pars II., quae exhibet ulterius examen partuum difficilium, ut lapidem lydium et clypeum obstetricum etc. L. B. 1724. 4. — Ins Teutsche übers.: Neues Hebammenlicht anderer Theil. Jena. — Beide Theile zusammen als Edit. secunda. Lugd. Bat. 1733.
506. Dewees, P. On the means of lessening pain and facilitating certain cases of difficult parturition. 2te Ausg. Philadelphia 1819. 8.
507. — A compendious system of midwifery chiefly designed to facilitate the Inquiries of those who may by pursuing this branch of Study, illustrated by occasional cases. Philadelph. 1824. 8. m. K. — Ein Abdruck dess. Werks. London 1825. 8. m. K.
508. — Essays on various subjects connected with Midwifery. Philad. 1824.

509 Dictionnaire des sciences medicales. 1812 etc.
510. Didelott. Unterricht für Hebammen. A. d. Franz. von S. Hedelhofer. Augsb. 1772. 8.
511 Dieffenbach, J. F. Chir. Erfahrungen besonders über d. Wiederherstellung zerstörter Theile des menschl. K. nach neuen Methoden. M. 2 Abbild. Berlin 1829. 8.
512 de Diest, J. An sui sanguinis solus opifex foet. Paris 1735. 4.
513. Dieterich, L. M. Rede von einem wahren Muttervorfalle, und darauf glücklich unternommenen Absetzung der Gebärmutter bei einer nach 12tägigen Geburtsschmerzen entbundenen 44jährigen Frau. Regensb. 1745. 4.
514. — De fratribus Italis ad epigastrium connatis. Ratispon. 1749. 4. m. 2 K.
515. Dietmann, J. F. De convulsione uteri s. abortu ejusque praeservatione. Vindob. 1749. 4.
516. Dionis, P. Traité général des accouchemens. Paris 1718. 1724. 8. Bruxelles 1727. Nouv. Edit. à Brux. 1747. 8. avec fig. — Ins Holl. übers. Leiden 1735. 8. m. K. — Ins Engl. übers. London 1719. 1724. 8. m. K. — Ins Teutsche, nebst F. Mauriceau Lehrsätzen etc. übersetzt u. verm. v. J. T. Frankf. u. Leipz. 1723. 8. m. K. — Vermehrter und erläuterter Dionis, oder Anmerkungen über den curieusen Tractat von P. Dionis von Erzeugung u. Geburt d. Menschen, sonderlich aber von der Geburtshülfe, welchem noch hinzugefügt sind F. Mauriceau kurze Lehrsätze, von J. Timmius. Frankf. u. Leipz. 1733. 8. m. K.
517. — Anatomie de l'homme. Paris et Geneve. 1695. 1723. 1729. 8. av. fig.
518. — Oeuvres des operations de Chirurgie. Brux. 1707. 1708. 8.
519. Dissertationes med. select. Pragenses. Vol. I. coll. et ed J. Th. Klinkosch; — Vol. II. ed. J. D. John. Prag. et Dresd. 1775-1793. gr. 4. m. K.
520. Doebner, J. H. G. Diss. de instrumentorum applicandorum necessitate, tempore ac modo justo et optimo in arte obstetricia. c. tab. aen. Jen. 1785. 4.
521. Doering, M. De herniae uterinae atque hanc justo tempore subsequentis partus caesarei historia. Witteb. 1612. 4.
522. — S. J. L. u. G. Salomon. Journal der neuesten Holländischen med. u. naturhistorischen Literatur I. Bd. 1-4. St. Hadamar 1802. gr. 8.
523. — G. L. De pelvi ejusque per animantium regnum metamorphosi. Berol. 1824. 4. c. tab. lithogr. VIII.
524. van Doeveren. Specimen observationum academicarum ad monstrorum historiam etc. spectantium. Lugd. Bat 1765.
525. Dollfus. De haemorrhagia gravidarum. Basil. 1750. 4.
526. Donner, C. H. Diss. de secundinarum expulsione. Lugd. Bat. 1789. 4.
526a. Donop. C. F. J. D. de ictero speciatim neonatorum. Berol. 1828. 4.
527. Dorschoodt. H. De lacte. Lugd. Bat. 1737. 4.
528. Dopff, D. Diss. de regimine puerperarum post partum naturalem. Halae 1773. 4. C. Epist. P. A. Boehmeri contra criminationes Gehleri.

529. Dorsten, J. D. et Lombardius, C. Ph. Exercit. anat. de monstro humano nupero. Marb. 1684. 4.
530. Douglas, A. Observ. on an extraordinary case of ruptured uterus. Lond. 1785.
531. — J. A short account on the success of midwifery in London and Westminster. London 1736.
532. — J. C. An explanation of the process of the spontaneous evolution of the foetus with some remarks, intended to induce an inquiry whether the usual mode of the liberi be the most eligible, in arm presentations. Dublin 1811. 8. 2e Edit. 1819.
533. Drelincourt. C. Opuscula medica, quae reperiri potuerunt omnia. Hagae Comitum 1727. 4.
534. Droste-Hulshoff, J. De graviditate extraut. Berol. 1819.
535. Dubois, P. A. Propositions sur diverses parties de l'art de guérir. Paris. 1818.
536. Ducasse. Mémoires et observations de Medecine et Chirurgie. Paris 1821. 8.
537. Dürr, G. E. F., praes, J. H. F. de Autenrieth. Diss. in. qua demonstratur, funiculum umbilicalem mammalium nervis carere. Tubing. 1815. 8.
537a. Dufark, J. T. P. H. Diss. de partu difficili. Monsp. 1773. 4.
538. Dufay. P. Essai sur la théorie et de la pratique des Accouchemens. Paris 1811. 8.
539. Dugés, A. Recherches sur les maladies les plus importantes et les moins connues des enfans nouveaux nés. Paris 1821.
540. — Manuel obstetrique, ou précis de la science et de l'art des accouchemens; suivi de l'exposition des principales maladies des femmes et des enfans nouveanx nés et contenant un précis sur la saignée et la vaccination. Montpellier. 1826.
541. — Manuel obstetrique, ou précis de la science et de l'art des accouchemens. Paris. 1826. 12.
542. Duncan, A. Med. commentaries exhibiting a concise view of the last and most important discoveries in medicine and med. philosophy, by a society at Edinburgh, published etc. Edinb Decade I. 1777-1786. X. Vol. II. Decade. 1787-1796. X. Volum. 8. (Cf. Commentarien medicinische.)
543. — Annals of medicine, exhibiting a concise view of the latest and most important discoveries in medicine and med. philosophy. Edinb. I. Lustrum 1796-1801. V. Vol. — II. Lustr. 1801-1806. V Vol. 8. (Cf. Commentarien medicinische.)
544. Dunker, H. D. Diss. sistens rationem optimam administrandi partum caesareum. Duisburgi ad Rhen. 1771. 4.
545. Dupuy, Chr. F. N Diss. de balneis ante, in et post partum. Argent 1778. 4.
546. Duvernoy, J. G. Diss. de colenda cito, tuto et jucunde Lucina in puerperio. Tubing. 1716. 4.
547. Dzondi, C. H. Supplementa ad anatomiam et physiologiam potissimum comparatam. Lips. 1806. c. tab.

E.

548 van Eanchem, A. H. E. De oeconomia foetus naturali. Lugd. Bat. 1766. (a. in Schlegel's Sylloge etc.)

549 Eberhard, J. G. Verhandeling over het Verlossen der Koeijen. Amsterd. 1793. 8. m. K.
550. Ebermaier. J. C. Diss. de nimia pelvis muliebris amplitudine ejusque in graviditatem et partum influxu. Gott. 1797. 8.
551. — Taschenbuch d. Geburtshülfe für angehende Geburtshelfer. 1805-1807. 2te Auflage. 1816-1817. Leipz. 8.
552. Eckhard, J. Ph. Parallèle des accouchemens naturels et non naturels. Strassbourg. 1803.
553. Eckhardt, J. F. (J. Chr. Ettner.) Die unvorsichtige Hebamme. 1705. 1715. 8.
554. — G. Gymnasma medicum humani lactis naturam et usum exponens. Erf. 1691. 4.
555. Eckmann. Diss. descriptionem et casus aliquot osteomalaciae sistens. 1790. 4.
556. van der Eem, praes. Sandifort. Diss. de artis obstetriciae hodiernorum prae veterum praestantia, ratione partus difficilis et praeternaturalis. Lugd. Bat. 1783. 4.
557. Ehrhard, J. P. De doloribus partum promoventibus. Halae 1762.
558. von Ehrhard, G. Sammlung von Beobachtungen u. Aufsätzen über Gegenstände d. A. W. und Entbindungslehre, Nürnb. 1803.
559. — J. Sammlung von Beobachtungen zur Geburtshülfe. Frankf. u. Leipz. 1773.
560. Ehrhard. De asphyxia neonatorum. Erlangae. 1785.
561. Ehrhardt, G. (Th.) Tractatus de asphyxia neonatorum. Memmingen. 1789. 8.
562. von Ehrhardt, G. Magazin für die technische Heilkunde u. s. w. Ulm. 1805. 8. m. K.
563. de Ehrhart, Chr. Diss. de abortu. Landish. 1817.
564. Eichhorn, H. Von d. Zurückbeugung der nicht schwangeren u. schwangeren Gebärmutter. Würzb. 1822. 8. m. e. K.
565. Einsporn, G. Epistola sist. casum de foetu mortuo per quadrimestre in utero asservato et putrefacto. Vratisl 1745. 4.
566. Eisele, J. Diss. in. de tutela perinaei in partu. Tubingae. 1826. 8.
567. Eisenhuth, W. Die Kunst, leicht u. glücklich zu gebären. Leipz. 1818. 8.
568. — Das gebärende Weib, oder Versuch u. Leitfaden bei der Geburt für angehende Geburtshelfer, Hebammen u. Mütter. Aachen, 1823. 8. — Ebend in demselben Jahre die zweite vermehrte Ausgabe: Anweisung zum leichten u. glücklichen Gebären, ein Taschenbuch für Schwangere, Gebärende, Kindbetterinnen u. zugleich für Hebammen. M. 1. K.
569. Eisenmann. Tabulae anatomicae quatuor uteri duplicis observationem rariorem sistentes. Argent. 1752. Fol.
570. Eisfeld, M. F. L. Schreiben an Dr. Henckel in Berlin, über d. Angenehme u. Unangenehme bei Ausübung der Geburtshülfe etc. Quedlinburg. 1764. 8.
571. Eitner, W. Semen non absorbetur. Berol. 1820. 8.
572. Elben, E. Diss. de acephalis sive monstris corde carentibus. Berol. 1821. 4. c. XXII tab. lithogr.
573. Eler, J. Libellus de partu. Luneburg. 1626. 4.

574. Elias, C. P. Versuch einer Zeichenlehre d. Geburtshülfe. Marburg 1798. 8.
575. Ellenmann, H. L. L. Diss. de fluxu menstruo ejusque praesertim aetiologia. Lips. 1800.
576. Eloy, F. J. Cours élementaire des accouchemens, distribue en quarante leçon avec l'exposition sommaire de la matiere, qu'on doit expliquer dans chacune d'elles, rédigé pour l'instruction des éleves etc. Montp. 1775. 12.
577. Elsholzius, J. S. Diss. de conceptione tubaria etc. Colon. Brandenb. 1669. 4.
678. van Embden, S. Diss. de partu caesareo. Halae.
579. Embryulcia nova detecta, of eene heel nieuw en onbekende, dog nuttrige Behandelinge in de meeste moeiclyke Baaringen op't spoedigste te helpen etc. te Amsterdam. 1747. 8. m. 2. K.
579a. Embryulcia, de, s fetus vivi extractione per uncos non illicita. Veron. 1758. 4.
580. Endres, J. H. Diss. de solutione placentae arte facta. Marburgi. 1820. 8.
581. Engel, H. T. De utero deficiente. Regiomont. 1781. (a. in Schlegel's Syllog.)
582. Engelhard, J. F. Diss. de partu difficili et praeternaturali ob depravatum foetus situm etc. Argent. 1779. 4.
583. Engelhardt, Chr. Fr. Diss. de secundinis arte solvendis. Jen. 1827. 4.
584. Engelmann. Diss. de mot. convuls. et convulsionibus a partu difficili. Altd. 1752.
585. Ephemerides academiae caes. Leopoldin. natur. curios. Centur. X. Francof. 1712-1722. 4. (Cfr. quoque Acta et Miscellanea acad. caes. Leopold. N. C.)
586. von Erb, K. L. Die in Kindesnöthen seufzende Bauernfrau, oder Unterweisung d. Hebammen auf d. Lande. Konstanz, 1754. 8.
587. Erichson. Diss. de haemorrhagia uteri sub statu graviditatis. Upsal. 1750 4.
588. Essays and Observations medical, revised and published by a soc. in Edinburg. Vol. 1—6. Edit. 2. Edinb. 1752. 8.
589. Essich, J. C. Practischer Unterricht für Stadt- und Landhebammen. M. 16. K. Augsb. 1780. 8
590 Estrich, C. B. Diss de partu ob faciem ad orificium uterin. conversam praeternat. Viteb. 1799. 4.
591. Ettmüller, M. E. De foetu animato et non animato. Progr. Lips. 1729. 4.
592. Euth, J. A. Anatome umbilici curiosa. Lugd. B. 1697. 8
592a. Everhard. Lux ex tenebris effulsa ex viscerum monstrosi partus enucleatione. Medio. 1663.
593. Evers, A. Kurze Geschichte d. Geburt eines Kindes mit zwei Köpfen. Schwerin. 1793. 8. m. 1. K.
593a. Examen des faits relatifs à l'opération de la symphyse pratiquée à Arras. Arras. 1778. 4.
594. Exton, B. A new and complete system of midwifery in four parts. Lond. 1751. 8.
595. Eyerel, J. und M. v. Sallaba medicinische Chronik. Wien 1793-1795. 4 Bde. gr. 8.

596. Eysson, H. Diss. med. de foetu lapidefacto, in qua ejusdem in utero generatio, in abdomen irreptio, ultra viginti annos retentio ac lapidescentia etc. explicantur et confirmantur. Groening. 1661. 12.

F.

597. Fabricius ab Aquapendente, H. De formato foetu. Venet. 1600. Fol. c. fig. (Patav. 1604)
598. — Opera omnia anatomica et physiologica; c. praefat. B. S. Albini. Lugd. Bat. 1738 Fol. c. figur.
599. Fabricius Hildanus, G. Observationum et curationum chirurgicarum Centuriae. Basil. 1606. 8. Cent. II. Genev. 1611. 8. Cent. III; accedit epistola de nova, rara et admiranda herniae uterinae et partus caesarei historia ad autorem scripta et ejus responsio etc. in nobili Oppenhamio 1614.
600. — Opera observationum et curationum medico-chirurgicarum, quae exstant omnia. Francof. 1646. Fol.
601. — P. C. De foetus vivi extractione uteri prolapsu. Helmst. 1748.
602. Facts and Observations medical by a society of physicians, published by Sam. Foart Simmons. Vol. 10. London 1791-1800. 8.
603. Falconet, C. An foetui sanguis maternus alimento? Paris. 1711. 4.
604. de Falconiis, N. Observationes chirurgicae. Venet. 1491. Fol.
605. Fallopia, G. Observationes anatomic. Francof. 1600.
606. Fasch, A. H., resp. J. R. Heidenreich. De ordine et methodo cognoscendi et per curationem praeservandi abortum. Jen. 1677. 4.
607. — Diss. de abortu. Jen. 1684.
608. — Diss. ordo et methodus considerandi parturientes. Jen. 1671.
609. — Progr. de molis. Jen. 1684. 4.
610. Fasselius, J. E. Progr. de uracho. Jen. 1760. 4.
611. — Diss. de profluvio aquarum spuriarum. Jen. 1765. 4.
612. — Elementa medicinae forensis. Jen. 1767. 4.
613. Fatio, J. Helvetisch vernünftige Wehemutter oder gründlicher Unterricht, wie mit den Schwangeren, Gebärenden, Kindbetterinnen u. neugeborenen Kindern umzugehen, selbige gebührend zu verpflegen, u. in allerhand ihnen zustossenden Krankheiten zu begegnen sey. Sammt e. ausführlicher Beschreibung von Fortpflanzung d. menschlichen Geschlechts und aller weiblichen Leibestheilen, auch der Empfängniss, Formir- u. Bildung d. Frucht im Mutterleibe etc. Basel 1752. 8
614. Faust, B. Chr. Descript. anatomica duorum vitulorum bicipitum; et conjecturae de causis monstrorum. Rintel. 1776. 4. — Dieselb. teutsch: Beschreibung zweier Missgeburten. Gotha. 1780. 8.
615. — Untersuchung des Werths der Trennung der Schoosbeine bei schweren Geburten. Gotha. 1780. 8.
616. — Guter Rath an Frauen über das Gebären, nebst Beschreibung u. Abbildung d. Geburtsbettes u. d. Wiege für Säuglinge. Mit e. Schreiben d. Hofr. Böttiger über d. Gebären

b. d. Alten u. d. Fragmente e. chinesischen Hebammen-Katechismus. M. 5 K. Hannover. 1811. gr. 8.

617. Faustus, J. Eine wahrhaftige, erschreckliche u. wunderliche Kindergeburt, welche sich 1564 im Dorfe Dachwich in der Stadt Erfurt Gebiete, nicht aus eim Erschrecken, sondern aus Schickung d. allmächtigen Gottes zugetragen.

618. Feder. Diss. de cura et regimine parturientium. Goett. 1791.

619. Fehler, über die vorzüglichsten F. im Verhalten der Schwangeren, Wöchnerinnen u. Säugenden. Zur Belehrung für denkende Eltern u. Kindfrauen. Berlin, 1818. 8.

620. Feiler, J. Ueber angeborne menschliche Missbildungen im Allgemeinen u. Hermaphroditen insbesondere. Ein Beitrag zur Physiologie, Pathologie u. gerichtlichen Arzneiwissenschaft Landshut. 1820. 8. m. K.

621. di Felici, G. Memoria soll una gravidanza susseguita da anasarca felicemente curata colla sciringa. Milano. 1824. 8.

622. Fenner, J. C. H. M. Diss. de doloribus post partum eorumque curatione. Marb. 1785. 8.

623. Fernelius, J. Therapeutice. Hannov. 1610. Fol.

624. Ferris, S. Ueber d. Milch. Eine Preisschrift der Aerzte in Edinburgh; a. d. Engl. m. Anmerk. v. Ch. F. Michaelis. Leipz. 1787. 8.

625. Ferussac, de. Bulletin des sciences médicals. Paris 1824. suiv. 8

626. Fick, J. J., rsp. H. T. Witte. De abortu epid. Jen. 1697. 4.

627. Ficker, W. A. Unterricht f. d. Hebammen des Hochstifts Paderborn 1796. 4te Auflage. 1808. 8.

628. — Beiträge zur Arzneiwissenschaft, Wundarznei- und Entbindungskunst. 2s Hft. Münster. 1802.

629. Fiedler, K. F. Erinnerungen an Schwangere, Gebärende etc. Prag, 1803. 8.

630. Fielitz, F. G. H. Versuch einer vollständigen Belehrung für d. gebildetere weibliche Geschlecht üb. d. physischen Mutterpflichten. 2 Bdchen. Leipz. 1799 u. 1801. 8.

631. Figulus, K. F., praes. E. Bartels. De monstrorum origine. Vratislav. 1816.

632. Fischer. Diss. de officio obstetricis. Erford. 1723.

633. — P. An deligatio funiculi umbilicalis in neonatis absolute necessaria sit? Ingolst. 1777. 4.

634. — J. L. Descriptio anatomica nervorum lumbalium, sacralium etc. c. tab. Lips. 1791. Fol.

635. — Ch. E. Bemerkungen über die englische Geburtshülfe. Götting. 1797. 8.

636. — J., praes. J. H. F. Autenrieth., diss. in. observationes de pelvi mammalium sistens. Tubing. 1798. 8.

637. — F. F., praes. Autenrieth. Diss sistens observata quaedam circa obstacula, quae conditio symphysium praeternaturalis synchondrotomiae opponit. Tubing. 1802. 8.

638. — G. Lettre sur une nouvelle espece de Loris, accompagnée de la description d'un craniometre de nouvelle invention. à Mayence, 1804. 4.

639. Fisler. Diss. de partu difficili. Argent. 1649.

640. Flad, J. G. De abortu. Bas. 1701. 4.

641. Flammant, P. R. Diss. de l'operation caesarienne. à Paris. 1811. 4. m. 1. K.
642. — Tableau synoptique des accouchemens d'après une nouvelle méthode nosologique.
643. — Parallèle des accouchemens naturels et non naturels, par Eckard. Paris et Strassbourg. 1803.
644. — Mémoire pratique sur le forceps. Strassbourg. 1816. 8.
645. Fleischmann, C. A. Diss. in. de metrorrhagia puerperarum. Landish. 1824. 8.
646. Flemming, W. G. Specimen de atonia uteri. Lips. 1776.
647. — J. G. Unterricht für angehende Hebammen. Leipz. 1778. 8.
648. — J. F. Fuerchtegott. De signorum graviditatis et morborum quorundam graviditatem mentientium differentia. Lips. 1820. 4.
649. Focke, J. L. A. Unterricht für Hebammen in der Grafschaft Lippe. Lemgo. 1794. 8.
650. Fontaine, J. Deux paradoxes le premier contenant la façon de tirer les enfans du ventre de leur mere par la violence extraordinaire. Paris 1611. 12.
651. Fordyce, G. A treatise on the digestion of Food. Lond. 1791. 8. — Uebers. v. C. F. Michaelis Zittauu Leipz. 1793. 8.
652. Forster, J. M. Diss. sistens method. recens natis apparenter mortuis succurrendi. Prag. 1814. 8.
653. Foster, E. The principles and practice of midwifery etc. completed and corrected by J. Sims Lond. 1781. 8. — Uebers.: Theoretische u. praktische Anweisung zur Geburtshülfe. Leipz. 1786. 8
654 du Fot, A. Catechisme sur l'art des acccouchemens. Soissons 1775. 12.
654a. Four, J. B. du. Diss. de methodo quadam partus praeternaturalis speciem in naturalem convertendi. Paris 1772. 4.
655. Fourcroy. La Médecine eclairée par les sciences physiques, ou journal des découvertes etc. rédigé par F. Tom. I-IV. Paris 1791-92. 8.
656. Fournier. L'accoucheur methodique, qui enseigne la maniere d'operer dans tous les accouchemens naturels et artificiels. à Paris 1677. 12. c. fig.
657. Franck. Diss. de partu difficili. Heidelb. 1680.
658. Francus de Franckenau, G. Diss. de abortu. Heid. 1773.
659. Frank, J. L. De liquore amnii. Gotting. 1764 4.
660 — J. P. System e. vollständigen med. Polizei. 1-4. Bd. Mannh. 1779-1788.; 5r Bd. Tübingen 1813. 6r Bd. Wien, 1817-1819. gr. 8. — Supplementbände. 1r Bd. Tüb. 1813. 8.
661. Franke. Diss. de damno ex quibusdam nimiis obstetricum et nutricum laboribus metuendis. Viteb. 1784.
662. Franzius, J. G. F. Lipsia parturientibus ac puerperis nostris temporibus minus lethifera. Lips. 1785. 4.
663. Free. Diss. de partu difficili. Lugd. Bat. 1685.
664 Fremery, N. C. de. Diss. de mutationibus figurae pelvis, praesertim iis, quae ex ossium emollitione oriuntur. Lugd. Bat. 1793. 4. Nebst 2 Tab. in Fol. üb. Beckenausmessungen.
665. Frensdorf, J. C. De partu praeternaturali ac difficili ob procident. funicul. Argent. 1749.

666 Frentzel, J. S. T. Unterricht für Wehmütter auf dem Lande. Wittenb. 1788. 8. Leipz. 1794. 8.
667. Freteau, J. M. Essai sur l'asphyxie de l'enfant nouveau né. à Paris 1804. 4.
668. Freyer, J. B. Diss. de partu difficili propter funiculum umbilicalem foetus collum stringentem. Hal. 1765.
669. Freymann, G. L. Diss. in. sistens historiam partus lenti sine ullo ad partum dolore. Gotting. 1821. 4.
670. — J. F. Diss de partu caesareo. Marb. 1797. 8.
671. Friderici. Diss. de uterina gravidarum haemorrhagia. Argent. 1732. 8.
672. — G. Monstrum humanum rarissimum recens in lucem editum in tabula exhibet, simulque observationibus pathologicis aliisque illuc pertinentibus breviter illustrat. Lips. 1737. 4. c. duab. fig.
673. — J. A. Diss. de distocia naturali. Jen. 1665.
674. Fried, G. A. Anfangsgründe d. Geburtshülfe z. Gebrauche seiner Vorlesungen. M. 6 K. Strassb. 1769. 8.
675. Friedel, C. G. De vario capitis foetus in utero situ perverso. Viteb. 1803. 4.
676. Friedemann. M. Diss. in. de sectione caesarea in instituto clinico chirurgico et ophthalmiatrico universit. liter. Berol. hoc anno peracta, matre proleque superstitibus salvisque. Berol. 1825. 8.
677. Friedheim, C. E. De prima respiratione. Berol. 1824. 4.
678. Friedländer. De l'éducation physique de l'homme. Paris. 1815.
679. Friedrich, C. T. Diss.: an ratio mesmeriana funiculum umbilicalem tractandi salubris sit habenda? Berol. 1819. 8.
680. Fries, C. J. Von der Umkehrung oder eigentlichen Inversion der Gebärmutter. Münster. 1801. 4
681. — E. Diss. de usu forcipis in partu. Argent. 1771. 4.
682. Friese, F. G. Annalen d. neuesten brittischen Arznei- und Wundarzneikunde. 1 — 5s Stück. Breslau, 1801-1802. gr. 8. (S. a. Archiv.)
683. Frike, P. Medicus obstetricans. Utrecht. 1707. 4.
684. Fritz, J. L. Diss. de convulsionibus gravidarum et parturientium. Virceburg. 1809. 8.
685. Fritze, F. A. Observ. de conceptione tubaria cum epicrisi conceptionis tubariae in genere et hujus casus in specie. Argent. 1779. 4.
686. — A. F. F. Diss. de noxia nutrices adhibendi consuetudine. Halae 1806. 8.
687. Froens, een an jonge Fr. van eene ohle Bamoder. Hamb. 1795. 8.
688. Frommann. De modis vertendi foetum in utero.
689. von Froriep, L. F. De methodo neonatis asphycticis succurrendi. Jen. 1801. — Uebers. in Martens krit. Jahrb.
690. — Ueber das Pelviarium v. Papier-maché. Weimar 1802. 8.
691. — Hysteroplasmata oder Nachbildung der Vaginalportion u. des Muttermunds, zur Erläuterung der Veränderung dieser Theile in den verschiedenen Perioden d. Schwangerschaft u. Geburt. Mit dem Touchirapparat. Weimar 1802.

692. v. Froriep, L. F. Fantome von Papier-maché, zum Manoeuvriren mit ledernen Puppen u. Kinderleichnamen. Weimar.
693. — Ueber d. anatomischen Anstalten Tübingens von Errichtung der Universität bis auf gegenwärtige Zeit. Weim. 1811. 4.
694. — Ueber die Lage der Eingeweide im Becken, nebst e. neuen Darstellung derselben. M. 1 K. Weimar 1815. 4.
695. — Theoret. prakt. Handb. d. Geburtshülfe zum Gebrauche bei akad. Vorlesungen. 8te verm. u. verb. Auflage. M. 1 K. Weimar 1827. 8.
696. — Notizen aus dem Gebiete d. Natur- u. Heilkunde. Weim.
696a. — Geburtshülfliche Demonstrationen. Weimar. gr. Fol.
697. Fuckel, G. F. De liquoris amnii in foetus superficiem pressione. Marb. 1819. 8.
698. Fürstenau, J. H. resp. Vogel. Diss. de arte obstetricia. Rintel. 1746. 4.
699 Fumée. Diss.: An detur imaginationis maternae in fetum actio? — Resp. Non. Parisiis. 1759. 4.

G.

700. Gahn. De partu serotino. Upsal. 1770. 4. (Recus. in Schlegel's coll. ad med. for.)
701. Gaillardot. C. Sur l'opération césarienne. Strassb. 1799.
702. Galenus, C. Opera omnia. — Bas. 1562 Fol. — Ven. 1586.
702a. Galbiati, G. Operazioni del taglio della sinfisi del pube. Napol. 1819. 8.
703. Galeotti. P. U. L'obstetricia pratica. Napol. 1787.
703a. Gallandat, J. H. Précis de la doctrine de M. A. van Solingen, par laquelle le mécanisme de l'accouchement est réduit à un seul principe. Louvain. 1823. 8.
704. Garcia. Ueber d. Trennung der Schambeine in schweren Ceburten. Madrid. 1781.
705. Gardien, C. M. Traité complet d'accouchemens, des maladies des femmes etc. 4 Vol. Paris, 1807. 8. 1816. 3me édit. 1823. 8. m. K. Vers. ital. Milano. 1820. 8. Vol. 1 - 4.
705a. — Du toucher. Paris. 1811. 4.
706. Garmannus, C. F. De miraculis mortuorum. Lips. 1681 4.
707. Gasc, J. B. Recueil des plusieurs mémoires et observations sur divers points de doctrine de l'art et de la science des Accouchemens. Paris 1810. 8.
708. Gattenhof, G. M. Progr. de vesicae urinariae in graviditate et post part. affectionibus. Heid. 1775. 4.
709. Gaurichs, L. De conceptu natorum et partu septimestri. Venet. 1533. 4.
710. Gazette salutaire, composée de tout ce que contiennent d'interessant pour l'humanité les livres nouveaux, concernant la medecine, la chirurgie etc. à Bouillon. 1761 - 1791. XXXI Vol. 4.
711. — de santé. Vol. 1 - 50. Paris. 1776 - 1818. 8.
712. Gebhard, J. C. De inflammatione uteri. Marb. 1786. 4.
713. — Diss. de synchondrotomia ossium pubis. Gott. 1790. 4.
714. Geburten früh- u. spätreife; über dieselben. Mannh. 1807.
715. Gehlen. De partu difficili et hydrope foetus. Lips. 1762.

716. Gehler, J. C. De utero secundinas expellente. Sect. I. II. Lips. 1765-1767.
717. — De partus naturalis adminiculis. Sect. I. II. Lips. 1772.
718. — De eclampsia parturient. Lips 1776-1777. 4.
719. — Progr. 3. De utero in partu rupto et rupturam minitante. Lips. 1783-1784. 4.
720. — Progr. 1-2 de fasciis in puerperio. Lips. 1785. 4.
721. — Progr. de justo deligandi funiculum umbilicalem tempore. Lips. 1784.
722. — De deligatione funiculi umb. Lips. 1784.
723. — Progr. capitis foetus in partu oblique siti apta solutione. Lips. 1792.
724. — Progr. de vectis obstetricalis usu dubio. Lips. 1789.
725. — Progr. de parturientis situ ad partum apto. Lips. 1789.
726. — et Naumann. Diss. de partu difficili ex hydrope foet. Lips. 1762.
727. — De forcipis Johnsoniae prae Levretiana et Smelliana praestantia. Lips. 1790.
728. — De effluente meconio neogeniti vitam non probante. Lips. 1790.
729. — Progr. de situ foetus in utero. Lips. 1791.
730. — Progr. de ruptura perinaei in partu cavenda. Lips. 1781. 4.
731. — Kleine Schriften, die Entbindungskunst betreffend. A. d. Lat. m. Zusätzen von C. G. Kühn. Leipz 1798. 8. m. K.
731a. Geiger, C. F. Diss. de extractione placentae. Arg. 1783. 4.
732. Geil, J. B. Diss. de hydrorrhoea gravidarum. Heid. 1822.
733. (Geller, C. G.) Pinaeani manes, sive dilucidationes uberiores circa signa virginitatis atque perspicua hymenis illibati testimonia, observat. et notis adornati. Rostochii 1763. 4.
734. Georgii, W. A. Zwei Vorträge üb. d. Begriff von Chirurgie u. Geburtshülfe u. die Bedingungen ihrer Ausübung. Tübingen 1817. 4.
735. Gerdessen, J. G. Von den Ursachen der widernatürlichen Geburten. Glogau 1791.
736. Gergens, F. Die Steissgeburt. Eine Abhandlung m. e. Zeichnung. Würzb. 1823. 8.
737. Gerischer. Diss. de eclampsia parturientium morbo gravi. Lips. 1777. 4.
738. Gerlach et Buchner. Diss. de abortu ob torminosam et chronicam diarrhoeam non semper metuendo Hal. 1767.
739. St. Germain, Ch. l'Ecole des sages-femmes. Paris 1650. 8.
740. — Traité des fausses couches. Paris. 1655. 12.
741. Gerson, T., praes. J. A. Murray. Diss. sylloge observationum de partu laborioso. Gott. 1776.
742. — J. Beobachtung v. e. Frau, die e. Frucht in ihrer Muttertrompete drei Jahre getragen, welche durch den Hinteren entbunden worden; m. erläut. Anmerk. Hamb 1785. 8.
743. Gervasoni. Sul uso dei stromenti di obstetricia del C. Assalini. Milano 1811. 8.
744. Gesner, F. J. A. Diss. de mutationibus, quas subit infans statim post partum, indeque mutata ejus oeconomia naturali. Erlang. 1795. 8.
744a. Gibson, J. Hints and admonitions on the practice of midwifery. Lond. 1772. 12.

745. Giffard, W. Cases in midwifery written by the late etc., revised and publised by E. Hody. Lond. 1734. 8. m. K.
746. Gigini, G. Sull'-abuso della Sciringa nell' Ischuria vesicale. Pavia, 1804. 4.
747. Gilbert, Annalen der Physik.
748. Gilg, G. W. De exploratione gravidarum. Arg. 1752. 4.
748a. Gilis, H. G. Diss. de partu difficili. Lovan 1796. 4.
749. Giornale della societa med.-chirurgica di Parma. Vol. 1-15. Parma 1806-1818. 8.
750. Giraud. Mon opinion sur les opérations cesariennes et de la symphyse. Paris.
751. Gisi. Diss. de necessario instrumentorum in arte obstetr. usu. Argent 1745. 4.
752. Gökel, E. Fidus Achates, oder Frauen- u. Kinderbüchlein. (Ulm.) 1665. 8.
753. Gölicke, A. O., resp. C. C. Thymius, diss. de dystocia. Francof. ad Viadrum. 1732. 4.
754. — Diss. de procidentia uteri. Francof. 1710.
755. — et Preunel. Diss. exhibens novum artificium curandi procidentiam uteri. Hal. 1710. 4. c. tab.
756. Gölis, L. A. Praktische Abhandlung über d. vorzüglicheren Krankheiten des kindlichen Alters. 2 Bde. Wien 1818. 8.
757. Göring, F. J. B. De hymene. Argentor. 1763. 4. m. K.
758. Goessmann, J. H. De conceptione duplici, uterina nimirum et ovaria uno eodemque temporis momento facta. Marb. 1820. 8.
759. Goetz, E. F., praes. Gebauer. De salubritate haemorrhagiae uteri. Erlang. 1746. 4.
760. Goldhammer, J. Compendiöser u. offenherziger Weiber- u. Kinderarzt, nebst Hebammenprobe. Mühlhausen, 1717. 8. Nordhausen 1750. 8.
760a. Goldson, W. An extraordinary case of lacerated vagina at the full period of gestation. Lond. 1787. 8.
761. Goris, G. Diss de arte obstetricandi. Lugd. Bat. 1707. 4.
761b. Gotthardt, J. A. D. de graviditate extrauterina. Berol. 1829. 8
762. Goubelly, C. A. Ergo capite foetus inclavato vectis forcipibus anteponendus. Paris 1778. 4.
763. — Connaissances nécessaires sur la grossesse etc. Paris 1804.
764. Goy, J. J. Ueber die Wirkungsart und Anwendung der Geburtszange. Würzb. 1826. 8.
765. de Graaf, R. De mulierum organis generationi inservientibus. Lugd. Bat. 1668. c. fig.
766. Grabenstein, A. H. Diss. de vita et sanitate fetuum et neonatorum conservanda. Gott. 1796. 4
767. v. Graefe, C. F. Ueber Minderung der Gefahr beim Kaiserschnitte, nebst Geschichte eines Falles, in welchem Mutter u. Kind erhalten worden. Berlin, 1826. 8. (Besond. abgedr. a. v. Graefe's u. Walther's Journal etc.)
768. Grafenberg, J. H. Schenkius a. Monstrorum historia memorabilis. Francof. 1609. 4.
769. Gramb. Anatom. Beschreibung e. monströsen Gewächses, welches in e. Frau von 33 Jahren an ein Stück des Mesenterii angewachsen u. 18 Pfund schwer war. Frankf. 1730. 4.

770. Granichstaetten, S. De ictero gravidarum et neonatorum Viennae, 1825.
770a. Granville, A. B.: A report of the practice of Midwifery at the Westminster general dispensary. Lond. 1819. 8.
771. Grasmeyer, P. F. H. Diss. de conceptione et foecundatione humana. Gott. 1789.
772. Grau, G. Cubilium sediliumque usui obstetricio inservientium recentiss. conditionem ac statum exponit. Marb. 1811. 8.
773. Grauen, J. D. Anfangsgründe der Hebammenkunst. Mit Kpf. Lemgo. 1764-1765. 8.
774. Gravel, M. F. P. Diss. de superfoetatione conjecturae. Argent. 1732. 4. c. tab. aen. (Recus. in Schlegel's syllog. u. in Haller's collectan.)
775. Graven, J. F. Diss. in. de differentia gravid. Duisb. 1796. 4.
776. Gregorini, G. C. de. De hydrope uteri et de hydatidibus in utero visis aut ab eo exclusis. Hal. 1795. 4. m. ill. K.
776c. Gren, Journal der Physik.
777. Grigg, J. Advice to the female sex in general, particularly those in a state of pregnancy and lying — in women. Lond. 1789. 8. — A. d Engl. v. S. Hahnemann. Leipz. 1791. 8.
778. (Grimm) Bemerkungen e. Reisenden durch Teutschland, Frankreich, England u. Holland. In Briefen. 3 B. Altenb. 1775. 8.
779. Grissing. Diss. de partu septimestri. Viteb. 1670.
780. Groescher, C. F. Diss. in.: Quaedam de evolutione foet. Berol. 1810. 8.
781. Groskurt, J. H. D. de abortu. Gotting. 1738. 4.
782. Grossmann, J. E. G, praes. Boehmer. Diss. sistens anatomiam foetus maturi externam ab obstetricibus instituendam. Viteb. 1795. 4.
783. Grotanelli, St. Storia ragionata d'una gravidanza della tuba Falopiana destra. Pisa, 1819. 8.
784. Gruner, resp. Heusinger. De dolorum spasticorum natura et medela. Jen. 1787. 4.
785. — De morbis hominum a prima conformatione usque ad partum. Jen. 1792.
786 Gschwind, F. X., praes. J. H. F. Autenrieth. Diss. in. sistens casum retroversionis uteri non gravidi, speciminaque duo retroversionis uteri gravidi. Tubing. 1819. 8.
787. Gudius, F. G., resp. Wendt. Diss. de ebraica obstetricum origine etc. Lips. 1724. 4.
787a. Guenin, S. G. Histoire de deux opérations césariennes, faites avec succès en 1746 et 1749. Paris 1750. 8.
788. (Günther), J. A. G. Ein Paar Citata zur Beantwortung der Frage: Ob im Jahr 1522 ein gewisser Dr. Veit, weil er d. Geschäft eines Geburtshelfers getrieben, zu Hamburg verbrannt worden.
789. Günther, D. E.. resp. C. G. Krummacher. Observat. anatom. circa velamenta ovi humani. Duisb. 1790. 4. (Rec. in Schlegels sylloge etc.)
790. Güntz, E. G. Diss. de via ac ratione, qua in instituto Trieriano artis obstetr. usus et docetur et exercetur. Lips. 1827. 4.
791. Günz, J. G. De commodo parturientium situ. Lips. 1742. 4.
792. — De herniis libellus. Lips. 1744.
793. (Günz), J. G. De mammar. fabrica et lact. secret. Lips. 1734.

794. Gänz, J. G. De utero et naturalibus foemin. Lips. 1753. 4.
795. Guèrard, B. Anfangsgründe der Geburtshülfe, zum Gebrauche seiner Vorlesungen u. Vortheile aller Verheiratheten. Düsseld. 1775. 8. Neue vermehrte Auflage. Münster u. Osnabrück. 1781. 8.
796. — Exposé d'un cas, dans lequel la section de la symphyse des os pubis fut faite à Düsseldorf. Düsseld. 1778. 8. — Aus d. Franz. übers. von J. D. Beerstecher. Düsseld. 1779. 8.
797. — Untersuchung u. Lehre über d. Durchschnitt d. Schambeine etc. Zur Widerlegung der Bemerk. d. H. L. Boogers u. Vertheidigung dieser Operation. Münster 1781.
798 Guericke, J. E. Th. Ueber einige erhebliche Gegenstände a. d. Geburtshülfe. Hannov. 1816. 8.
799. Guerin, Daturne certum graviditatis indicium ex urina Paris. 1626.
800. Guido de Cauliaco. De foetus et secundinae extractione. Lugd. 1572. 8.
801. Guillemeau, J. De la grossesse et de l'accouchement des femmes, du gouvernement d'icelles, et moyens de souvenir aux accidens, qui leur arrivent. à Paris, 1598. 1620. 1643. 4. c. fig. — Ins Engl. übers. Childbirth, the happy deliverance of women. Lond. 1612. 4.
802. Guindant. Ergo sectio symphyseos ossis pubis admittenda. Paris. 1778.
803. Guinther, J. Gynaeciorum commentariolus de gravidarum, parturientium etc. cura. Argent. 1606. 8.
804. Gulbrand, J. W. De sanguifluxu uterino. Lips. 1776.
805. Gutermann, G. F. De mammis et lacte. Tub. 1727. 4.
806. — Bedenken über manche aus Unwissenheit durch Missbrauch stumpfer u. scharfer Instrumente verunglückte Geburten. Frankf. u. Leipz. 1761. 8. — Anderer Theil mit der facti species zu dem Helmstädt'schen Responso, u weiter ergangenen obrigkeitlichen Verordnungen. Ebend. 1761. 8.

H.

807. van der Haar, J. Aanmerkingen over het zoo so schadelyk als gevaarlik afhaalen der nageboorte aanstonds na de geboorte van een kind. Amsterd. 1797. 8.
808. Haase, J. G. Diss. de gravidarum varicibus. Lips. 1781. 4.
809. — Diss. gratul. ad J. Ch. Pohlium de jecore foetus. Lipsiae 1764. 4.
810. Hagen, J. Ph. Versuch e. neuen Lehrgebäudes d. prakt. Geburtshülfe etc. 2 Thle. Berlin, 1781-1782. Danzig, 1791. 8.
811. — Erläuterung seines neuen Lehrgebäudes etc. Berl. 1787.
812. — Zeichenlehre für Geburtshelfer. Hannov 1795.
813. — Versuch e. allgemeinen Hebammenkatechismus. 2 Thle. Berlin. 1784.
814. — M. J. Diss. de praecavenda interfoemineï dilaceratione. Mogunt. 1790. 8.
815. Hahn, S. J. Ueber Nachgeburtszögerungen. Würzb. 1822. 8.
816. Haller, A. de. Historia nuperae dissectionis geminae gravidae, Gotting. 1739. (Recus. in ejus disput. anat.)

817. Haller, A. de. Disputationes anatomicae c. ind., coll. et praefatus est. Gottingae 1746-1752. 7 Tom. 4. m. K.
818. — Programma ad Koheni diss. de morbo hypoch., de uracho et allantoide. Gotting. 1739. 4.
819. — Progr. de foetu humano septimestri sine cerebro edito, Gotting. 1745. 4.
820. — Duorum monstrorum anatomen et de causis monstrorum ulteriorem disquisitionem exhibens. Gott. 1742. 4. c. 3 tab.
821. — De monstris diss. II. qua trium monstrorum anatome et ad contraria D. Lemerye argumenta responsiones continentur. Gott. 1742. 4.
822. — Progr. suam et Winslowii de monstris sententiam contra D. Lemerye w. f. novis argumentis defendit. Goett. 1745. 4.
823. — Progr. de monstris fabricis observat. profert. Goett. 1753. 4.
824. — resp. d'Orville. Disquisitio causae menstrui fluxus. Gott. 1748. 4.
825. — Deux mémoires sur la formation des os etc. à Laus. 1758.
826. — Opusc. anatom. de respiration., monstris, aliaque minore rec. emendat. auxit, aliqua ined. novasque icones add. Goett. 1751. gr. 8. m. 10 K.
827. — Opera minora anatomici argumenti. Bernae. 1762-1768. III Vol. gr. 8.
828. — Opera minora. Lausanne. 1763. sq. sq.
829. — Programma de rupto in partu utero observ. Goett. 1749. 4.
830. — Elementa physiologiae corporis humani. Bernae et Laus. 1757-1766. VIII Tom.
831. — De membrana foetus media sive allantoide. Gott. 1739.
832. — A. H. Diss. de tumore capitis sanguineo neonatorum. Dorpati 1824. 8.
833. Hallström, C. E. Diss. de organis partum efficientibus. Lundae 1819. 8.
834. Haly filii Abbas. Dispositionis regalis theoret. libri X; — practicae libb. X. a. Stephano ex Arabico in latinam linguam reducti etc. Lugd. Bat. 1523. 4.
835. Hamel, P. van. De abortu. Utr. 1746. 4.
836. Hamilton, A. Elements of the practice of Midwifery. Lond. 1776-1781. 8. — A. d. Engl. von Dr. J. P. Ebeling. Leipz. 1782.
837. — Outlines on the theory and practice of Midwifery. London 1783. 8.
838. — Letter to Dr. Osborn an certain doctrines etc. Edinb. 1792. 8.
839. Hand, F. Entwurf e. Systems d. Geburtshülfe als reine Wissenschaft dargestellt. Leipz. 1808.
840. Handlingar, kongl. Svenska vetenskaps akademiens H. Stockholm. 1739-1779. XL Vol. 4. (Cf. Abhandl. Schwed.)
841. — nya etc. Ibid. 1780-1792. XII Vol. 8. (Cf. Abhdlg. schwed.)
842. — Svenska Läkare Sällskapets. Stockh. 1813-1825. 8. Bd. I-II.
843. Handelingen van het geneeskundig genootschap onder de zynspreuk: servandis civibus. Amst. 1776-1792. 8. XVI Deel.
844. Hane, D. Th. Diss. sistens armamentarium Lucinae novum. Halae 1805. 8.
845. Hanekroth, H. A. Diss. in. de viribus et usu forcipis in partu. Bonnae 1820.

846. Hankoph, G. R. Diss. de mola, occasione molae osseae in vetula octogenaria inventae. Goett. 1745. 4. c. tab. aen.
847. Harless, Ch. F. J. Jahrbücher d. deutschen Medicin u. Chirurgie, mit Zugabe d. Neuesten u. Besten a. d. ausländ. Literatur. M. 1 K. 3 Bde. Nürnb. 1813. gr. 8.
848. — Neue Jahrbücher etc. Auch unter dem Titel: rheinische Jahrbücher der Med. und Chir. etc. Bonn, später in Hamm. 1819-1826.
849. Harnier, R. M. Diss. sistens indicationes et methodum rumpendarum in partu aquarum. Marb. 1794. 4.
850. Harnisch, J. A. Gedanken, wie die Hebammen ihr Amt u. Pflicht in Acht nehmen, ingleichen wie Schwangere, Kreissende u. Wöchnerinnen selbst bei ihrem Zustande sich verhalten sollen. Leipz. 1755. 8.
851. Harras, J. G. J. G. De partu per paracentesin ovi tempestive eliciendo. Berol. 1819.
852. Harrer, J. C., praes. R. A. Vogel. De partu serotino valde dubio. Goett. 1767. 4. (Rec. in Schlegel's Coll. ad med. forens.)
853. Harres, praes. Kaltschmidt. Diss. de signis graviditatis certis. Jen. 1752. 4.
854. Harting, H. F. Diss. de imaginationis maternae in foet. efficacia. Goett. 1805. 8.
855. Hartmann, R. F. Diss. differentiae sexus utriusque pathologicae momenta. Gott. 1790. 8.
856. — G. V. Epistola de bruto ex homine. Erford. 1733. 4.
857. — C. von, praes. J. A. Törngrën. Observationes circa partum praematurum obstetr. manu parandum. Aboae 1817. 4.
858. Harttrampft, J. V. De non differenda secundinarum adhaerentium extractione. Lips. 1735. 4. m. K.
859. Harvey, W. Exercitationes de generatione animalium, quibus accedunt quaedam de partu, de membranis et humeribus uteri et de conceptione. Lond. 1651. 4. Amstelod. 1651. 12. 1662. 12. Hagae C. 1680. 12.
859a. Harvie, J. Practical directions shewing à method of preserving the perinaeum in birth and delivering the placenta without violence. Lond. 1767. 8.
860. Haselberg, G. W. Untersuchungen u. Bemerkungen über einige Gegenstände der prakt. Geburtshülfe. Berl. 1807.
861. Hasenoehrl, J. G. (alias: Lagusius). De abortu ejusque praeservatione. Vindob. 1756. 4.
862. Hasper, J. C. Diss. de puerperar. regimine. Berol. 1823. 8.
863. Hatin, J. Taschenbuch der Geburtshülfe in allen schwierigen u. naturwidrigen Fällen, oder systematisch-practische Darstellung aller regelwidrigen Entbindungszufälle u. die hierbei anzuwendenden geburtshülflichen Handleistungen u. Unterstützungsmittel. N. d. Franz. bearbeitet f. prakt. Aerzte v. Dr. C. Fiezler in Ilmenau. Ilmenau 1828. 8.
864. Hauenschild, C. A., praes. J. C. Loder. De musculosa uteri structura. Jenae 1782. 4. c. trib. tab. aer. incis.
865. Hauk, G. A. G. P. Vollständiges Handwörterbuch f. Hebammen in alphabet. Ordnung zur vollständigen Belehrung derselben und um sie vor allen Missgriffen in Ausübung ihrer Kunst zu sichern. Halle 1810. gr. 8.

866. Haus, J. C., die Auscultation in Bezug auf Schwangerschaft. Würzb. 1823 8.
867. Hayn, J. B. Diss. in. de placenta praevia. Duisb 1812. 8.
868. — A. Ueber die Selbstwendung. Würzb. 1824. 8.
869 — Abhandlungen a. d. Gebiete d. Geburtshülfe Bonn, 1828. 8.
870. Hebammen (Wehmütter) und Hebammenkunst. Unterricht für die Hebammen. Gotha, 1658. 4.
871. — Unterricht für Hebammen, von den Stadt- u. Land-Medicis zu Coburg. 1664.
872. — Höchst nützliche u. nothwendige Hebammen- u. Kindermutterkunst. Merseb. 1691. 8.
873. — Coburgische Wehemutter. Hildburgh. 1700. 12.
874. — Die sächsische Wehemutter. Frankfurt und Leipzig. 1701. 1705. m. Fig.
875. — Nützlicher Coburgischer Unterricht für die Hebammen. Hildburgh. 1703. 12.
876. — Kurzer Bericht für die Hebammen, auf H. Coburgischer Regierung Befehl aufgesetzt. Coburg 1715. 12.
877. — Vorsichtige Lehren u. heilsame Arzneimittel zum Besten der Wehemütter auf dem Lande. 1720. 4.
878. — Hebammenkatechismus. Strassb. 1722. 12.
879. — Kurze Anweisung für christl. Hebammen etc. Augsb 1737.
880. — Kurzgefasste Gedanken von dem verderbten Zustande d. Hebammen u. dessen Verbesserung. Lübeck. 1752. 8.
881. — Olimpia, die Hebamme, e. Fragment. Leipz. 1783. 8.
882. — Gedanken über Hebammen u. Hebammlehranstalten auf d. Lande. Frankf. 1784. 8.
883. — Versuch e. Hebammenverbesserung zur Wohlfahrt und Bevölkerung des Staats, u. wie dieser Plan ohne grosse Schwierigkeiten z. bewerkstelligen. Leipz. 1786. 8.
884 — Normalischer Nothtaufkatechismus für Hebammen auf d. Lande. Landsh. 1791. 8.
885. — J. R. Ausz. a. d. Lehre v. d. Hebammenkunst. Ulm 1770. 8.
886. — Unterricht für Hebammen. Mannh 1779. 8. 1804. 8.
887 — Prakt. Unterricht der Hebammenkunst. Würzb 1780. 8.
888. — Kurzer u. fasslicher Unterr. f. Hebammen. Lübeck 1780. 8.
889. — Auch noch ein Hebammenkatechismus aus e. gefundenen Handschrift (von Dr. Faust). Rotenb. 1780. 8.
890. — Handbuch für Hebammen u. s. w. Offenb. 1793. 8.
891. — Bemerkungen üb. d. erforderlichen Eigenschaften angehender Hebammen, ihre gewöhnlichen Wahlen u. Besoldungen. Landsh 1791. 8.
892. — Een an jonge Vroens van eene ohle Bamoder. Hamb. 1795. 8.
893. — Ueber d. Eigenschaften der Hebammen. Landsh. 1801. 8.
894. — Anatomische Tabellen f. d. Hebammen. Ein Anhang z. M. Saxtorph's Umriss etc. A. d. Dän. v. J. C. Tode. Kopenh 1802. 8. m. 6 K.
895. — Anfangsgründe d. Hebammenkunst. Lemgo, 1765.
896. — und Hebammenanstalten auf dem Lande, Gedanken hierüber. Fr. 1784.
897. — Lese- u. Hülfsbüchlein für Hebammen, Väter u. Mütter, mit Rathschlägen u. Warnungen gegen herrschende Vorurtheile u. schädliche Gewohnheiten bei dem Gebärungsgeschäft. Erlangen, 1797. 8. 2te verb. Aufl. 1799. 8.

898. Hebammen, Unterricht f. d. Hebammen des Erzstifts Salzburg. Salzburg, 1797. 8.
899. — Unterricht in der Geburtshülfe für die Hebammen des Grossherzogthums Baden. Carlsr. 1809. 8.
900 — Lehrbuch der Geburtshülfe, zum Unterricht für die Hebammen in d. kön preuss Landen. Berl. 1815. 8. (1820)
901. Hebammenordnung. Strassburgische Hebammenordn. Strassb. 1688. 4 verm. u. verb. Ordnung d. Hebammenmeister u sämmtl. Hebammen der Stadt Strassburg. 1757. Fol.
902. — der kaiserl. Stadt Breslau. Bresl. 17[illegible]0. Fol.
903. — Brandenburgische erneuerte u. vermehrte. Anolzb. 1711. 4. 1743. Fol. u. 8.
904. — eines wohledlen Magistrats etc. d. freien Stadt Kaufbeuren, nach deren Inhalt u. Artikeln, wie sämmtliche Hebammen sich allda zu verhalten haben. Kaufb. 1737. Fol.
905. — für die Hebammen im Fürstenthum Würzburg. 1739. Fol.
906. — Augsburgische erneuerte. Augsb 1750 4.
907. — Fürstlich Schwarzburg Rudolstadt'sche Verordnung wegen der Hebammen. Rudolst. 1754. 4.
908. — Verordn., d Hebammenwesen betreff. Braunschw. 1757. 4.
909 — Frankfurter Frankf. 1767. Fol.
910. — f. d. Herzogthum Holstein kön. Antheils, d. Herrschaft Pinneberg, Stadt Altona und Grafschaft Ranzau Altona u. Glückstadt, 1767.
911. — u. Accouchirordnung. Cassel, 1768.
912. — ausführliche, vollst. u. allgemeinnützliche. Wetzl. 1778. 4.
913. — Regensburgische, erneuerte u. vermehrte. Regensb. 1779.
914. — Hochfürstl. Isenburgische. Offenb. 1782. 8.
915. — u. Vorschrift für d. Hebammen u. deren Lehrerinnen in der Residenzstadt etc. München. 1792. Fol.
916. — hochfürstl. markgr. Badische od Instruction. Carlsr. 1795. 8.
917. — fürstl. Hessische. Cassel, 1801.
918. — neue f. d. Fürstenthum Anhalt-Dessau. Dessau, 1801. 4.
919. Hebenstreit, J. E. et Lehmann. Diss.: funiculi umbilicalis humani pathologiam proponens Lips. 1737. 4. c. tab. aen.
920. — Diss. de capitonibus partu laborioso nascentibus. Lips. 1743. 4.
921. Hecker, A. F. Magazin für d. patholog. Anatomie u. Physiologie. Altd. 1796 gr. 8.
922. — J. F. C. Literarische Annalen der gesammten Heilkunde. Berlin 1825. 8. — Wird noch fortges.
923. Hecquet, Ph. De l'indecence aux hommes d'accoucher les femmes, et de l'obligation aux femmes de nourrir elles-mêmes leurs enfans à Paris et Trevoux 1708. 12.
924. Hederich, K. E., praes. Ch. G. Eschenbach. Diss. sistens partus cum placenta praevia atque ruptura uteri complicati historiam. Lips. 1814.
925. Hehn, G. G. De forcipis usu recto et applicatione. Gott. 1796. 4. m. K.
926. Heiland, genannt v. Siebold, Charlotte. Ueber Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter. Giessen 1827. 4.
927. Heim, E. L. Erfahrungen u. Bemerkungen über Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter. Berl. 1812. (Auch in Horns Arch.)

928 Heim, E. L. Beobachtung einer Bauchschwangerschaft, bei welcher das Kind zu vollen Tagen ausgetragen und durch den Bauchschnitt zur Welt gebracht wurde. Berl. 1817. 8. (Abgedr. aus Rust's Magaz.)
929. Heineke, J. Umriss d. Geburtshülfe zum Gebrauch der Hebammen in dem Stadt-Bremischen Gebiete. Brem. 1792. 8.
930. Heinigke, C. G. G. Diss. in. de functione placentae. Jen. 1825. 4
931. Heins, A. Diss. de capitonibus laborioso partu nascentibus. Lips. 1743. 4. c. tab.
932 Heinsse, C. F. Ideen u. Vorschläge zu e. zweckmässigen Einrichtung des gesammten Hebammen-Wesens u. d. künstl. Geburtshülfe etc. Freib. 1806. m. 1 K.
933. Heinze, F. A. De discrimine polyporum etc. Jen. 1790.
934. Heising, J. F. Disquisitio caus. sterilitatis. Berol. 1819. 8.
935. Heister. Epist. gratul. de pilis, ossibus et dentibus in variis c. hum. part. praeter nat reperiis. c. tab. col. s. l. et a. 4.
936. — L., resp. Wagner. Diss. qua partus tredecimestris pro legitimo habitus proponitur et partui nullum certum tempus tribui posse ostenditur. Helmst. 1727. 4. Edit. II. 1753. 4. (Rec. in Schlegel's coll. ad med. for.)
937. — Diss. de prolapsu uteri etc. Helmst. 1750.
938. Held, C. F., praes E. G. Baldinger. Diss. de partu laborioso et caussis, quae caput in pelvi retinent, praecipuis. Jen 1769. 4
939. Held de Hagelsheim, G. Epist. de tempore partus occasione partus tubarii per quadraginta sex annos gestati et in vetula nonag. quatuor ann. mortua inventi. Baruth. 1722. 4.
939[d]. Henke, A. Zeitschrift f. d. Staatsarzneikunde. Erl. 1821. gr. 8. Wird fortges.
939[e]. — J. M. Völlig entdecktes Geheimniss d. Natur, sowohl in der Erzeugung d. Menschen, als auch der willkührlichen Wahl des Geschlechtes der Kinder. Braunschw. 1786.
939[g]. Henckel, J. F. Anmerkung vieler natürlichen Geburten zur Verbesserung der Hebammenkunst. Berl 1751. 4.
939[h]. — Abhandlung von der Geburtshülfe, zum besonderen Gebrauche der Hebammen. Berl 1761. 1767. 1774. 8.
939[i]. — Abhandlung von den Fussgeburten, worin eine Hebamme grosse Geschicklichkeit besitzen muss. Berl. 1776. 8.
939[l]. Henne, E. L. A. Diss. de hysterorrhagia gravidarum, parturientium et puerperarum. Pars I. et II. Regiom 1823. 4.
939[m]. Hennemann, C. F. Ch. Diss de qualitate uteri et positura infantis obliqua et iniqua. Goett. 1769. 4. (Rec. in Schlegel's syll. ad art obstetr.)
940. Henning, praes. Nürnberger. Diss. de causis partus naturalis. Viteb. 1784
941. — F. G. Enthymemata quaedam circa partum in genere. Diss. in Dorpati Livonorum, 1823. 8.
942. Henricus a Saxonia, Alberti Magni discipulus. Liber de secretis mulierum. Augustae. 1498. Francof. 1615 12.
943. Henschel, E. Kann u. darf die Nachgeburt unbedingt zurückgelassen werden? Ein abgedrungener Beitrag zu den Verhandlungen über die Lösung u. Nichtlösung d. Nachgeburt. Bresl. 1805. 8.

944. Hensler, F. Diss. de exploratione obstetricia brevis disquisitio. Altenb. et Lips. 1791. 8.
945. Herber, S. B. Diss. de praecavenda perinaei ruptura. Rintel. 1804. 8.
946. Herbiniaux, G. Traité sur divers accouchemens laborieux et sur les polypes de la matrice. à Bruxelles 1782. 1793. II Vol. 8.
947. von Herder, W. G. Zur Erweiterung der Geburtshülfe, diagnostisch praktische Beiträge. Leipz. 1803. 8. m. K.
948. Herholdt, J. D. Physiologische Untersuchungen über das Leben, besonders des menschlichen Fötus u. dessen Tod. Kopenh. 1803. A. d. Dän. von F. Ch. Tode.
949. Herissant, F. D., resp. Bidauld. An secundinae foetui pulmonum praestent officia? Paris 1743. 4.
950. Herlicius, D. Gründlicher Unterricht von d schwangeren Frauen, Kindbetterinnen u. s. w. Gryphswald. 1597. 8.
951. Herrmann, Diss. de osteosteatomate Lips. 1767.
952. — C. Th. De abusu fasciarum abdominalium in puerperio. Berol 1819. 8.
953. Herwig, C. P. Wahre Beschreibung zweier an einander gewachsenen Kinder. Frankf. u. Leipz. 1774. 8. m 1 K.
954. Herz, C. A. H. Diss. de funiculo umbilicali vel intra uterum dissecando. Helmst. 1767. c. tab.
955. Herzog, J. G. Unterricht für Hebammen auf d. Lande; m. e. Vorrede von V. W. Triller. Dresd u. Wittenberg 1780. 1783. 8.
956. — Etwas zur höheren Hebammenkunst, besonders d. künstl. Trennung der Schamknochen betreffend. Dresd. 1781. 8.
957. — E. M. Diss. de inversione uteri. Virceb. 1817. 4.
958. Hess. Diss. de vomitu gravidarum. Basil. 1751. 4.
959. Hesse, J. G. Diss. de partu gemellorum. Argent. 1740.
960. — F. E. Diss. de partu ob iniquum capitis situm, facie praevia, difficili. Gotting. 1797. 4.
961. — Gedanken beim Hinblick auf das gebärende Weib. Köln 1801. 8. Paderb. 1800. 2te Auflage. 1804. 8.
962. — E. Diss. monstri bicipitis descriptio anat. Berol. 1823. 8.
963. — C. G. Ueber das Schreien der Kinder im Mutterleibe vor dem Risse der Eihäute Leipz 1826. 8.
964. — Ueber d. Erweichung d. Gewebe u. Organe d. menschl. Körpers. Leipz. 1827. 8.
965. Heuler. Vorlesungen f. Frauenzimmer über die schwangere Gebärmutter u. d. Entbindungskunst u. s. w. m. 1 K. A. d. Engl. Leipz. 1795. 8.
966. Heusinger, J. H. C. vid. Gruner.
967. — C. F. Zeitschrift f. d. organ. Physik. Eisenach 1827. et sq.
968. Heussler, J. F. Diss. de partu caesareo. Jen. 1750. 4.
969. Heydenreich, L. Ch. T. Diss. in. de secundinarum partu, cui ars succurrit. Marb. 1827. 8.
970. Heyfelder, Beobachtungen über d. Krankheiten d. Neugeborenen, namentlich über die Zellgewebsverhärtung, Augenentzündung, Ruhr, Gelbsucht, Verschliessung des Afters. Alles nach eigenen Erfahrungen in den Hospitälern zu Paris. Leipz. 1825. 8.
971. Highmore, N. Case of a fetus found in the Abdomen of a young man at Sherborne in Dorsetshire. Lond 1815. 4. m. 2 K.

972. Hilbert, Ch. G. T. Diss. in de gravidarum regimine. Berol. 1822. 8.

973. Hildebrand, J. Unterweisung für die Hebammen und schwangeren Frauen. Ingolst. 1601. 4.

974. Hill, J. Lucina sine concubitu. Lettre adressée à la societé royale de Londres etc. à Londres 1750 II. Edit. 1752. ibid. — Lucina s. C., ein Brief, worin bewiesen wird, dass ein Weib ohne Zuthun eines Mannes schwanger werden und ein Kind gebären könne Frankf. u. Leipz. 1751.

975. — G. Diss. de utero deficiente. Prag. 1777. 8.

976. Hilscher, S. P. De theoria abortus et partus praecocis. Jen. 1727. 4.

977. — De abortu a plethora facile repetente. Jen. 1744. 4.

978. Hinze, A. H. Versuch einer chronol. Uebersicht aller für die Geburtshülfe erfundenen Instrumente von Hippocrates an bis zum Jahre 1792. Liegn. u. Leipz. 1794. 8.

979. — Versuch eines systematischen Grundrisses d. theoret. u. praktischen Geburtshülfe 2 Th. Stend. 1791 u. 1792. 8.

980. — Kleinere Schriften, medicinischen, chirurgischen und hebärztlichen Inhalts. I Bd. Liegnitz u. Leipzig, 1802. 8.

981. Hippocratis, C., opera omnia. Graec. et lat. ed. J A. van der Linden. I. et II. Vol Lugd Bat. 1665. 8.

982. Hirsch, G. Von der Einwirkung der Einbildungskraft d. Schwangeren auf d. Fötus, oder von dem Versehen. Inaugural-Abhandl. Würzburg, 1818 8.

983. Hirt, H. A. De cranii neonatorum fissuris ex partu naturali, cum novo earum exemplo. Comment. obstetr. forensis. Lips 1815. 4. c. tab. aen.

983a. — T. G L. Observ. ad art obstetr. pert. Jen. 1781. 4.

984. Hirzel, H. C., Sohn Lesebuch für d. Frauenzimmer üb. die Hebammenkunst Zürich 1784 8.

984a. Histoires et mémoires de l'academie royale des sciences etc. de Toulouse à Toulouse et Paris, 1782-1788. 4. II Tom.

984b. — et mémoires de l'academie royale de Médecine. à Paris. 1779-1798. 4. Vol. 1-10.

984c. — de l'academie royale. à Paris, 1732-1788. LXXX Vol. 4.

985. Hobocken, Anatomia secund. vit. Ultraject. 1675

986. Hody, E, vid. Giffard.

987. Hoere, D. G. F. De tumore cranii recens natorum sanguineo et interno et externo etc. Berol. 1824 4.

988. Hösch. Versuch einer neuen Zeugungstheorie. Lemgo 1801

989. Heesle, J. G. von. Lehrsätze d Geburtsh. Augsb. 1794 8.

990. Hofer, F. J. Lehrsätze der praktischen Geburtshülfe, Manualoperationen betreffend etc. Augsb. 1788. 8.

991. Hoffbauer, J. C. Ueber die Gelüste, besonders der Schwangeren und ihren Einfluss auf die rechtliche Zurechnung. Halle. 1818. 8.

992. Hoffmann, C. P. Schediasma litter. de insignioribus puerperii temporibus. Regiomont. et Lips. 1723.

993. — F. et Düttel. De morbis foetuum in utero materno Halae 1702.

994. — resp. D. Mindner. De abortu. Hal. 1733. 4.

995. Hoffmann, F. Unterricht über die Vorsorge eines zur Welt geborenen Kindes. Wittenb. 1744. 8.

996. — M. De naturali et praeternaturali mammarum constitutione. Altdorf. 1662. 4.

997. — C. Th., praes. A. Nunn. Diss. de dystocia seu partu difficili in genere. Erford. 1768. 4.

998. — J. P. De forcipe Smelliei in praxi obstetricia anteponenda vecti Roonhuysian. Groning. 1766. 4.

999. — C. L Unterricht von dem Collegium der Aerzte in Münster, nebst den Münsterischen Medicinalgesetzen. Münster, 1777. 8.

1000. — G. F. De partu gemellorum. Marb. 1787. 4.

1001. — Ueber die Ursachen und Heilmittel der sogenannten Gichter oder Convulsionen. Frankf. 1795.

1002. — Wie können Frauenzimmer frohe Mütter gesunder Kinder werden etc Frankf. u. Leipz. 3e Aufl. 1796.

1003. — R. Die Triebfeder der Geburt; auch unter dem Titel: Die Bedeutung der Excretion. Landsh. 1825. 8.

1004. — C. Criteria partus olim enixi diagnostica; diss. in. Berol. 1825 8.

1004a. — A. Die unvollkommene Fussgeburt, eine praktisch geburtshülfliche Abhandlung Berl. 1829. 8.

1005. Hogben, J. Obstetr. studies. Lond. 1812. 4.

1006. — Anatomical Tables of the human gravid uterus illustrative of his treatise on midwifery intituled: obstetr. stud. 2 Hefte. Imp. Fol. 1812.

1007. Holscher, A. G. G A. Diss. spectans artis obstetriciae partem medicam. Gott. 1804. 4.

1008. Homberg. De excrescentia clitoridis nimia. Jen. 1671.

1009. Hoorn, J. von. Siphra och Pua, eller handbok för barnmosker. Stockholm. 1697. Nya uplag. 1777. 8. Uebersetzt. Siphra und Pua die zwo um ihre Gottesfurcht u. Treue willen von Gott wohl belohnten Wehemütter u. s. w. Leipz. 1726. 8. 7te Aufl. Leipz. 1778.

1010. Horenburgin, A. E., geborne Guldenapfel. Wohlmeinender und nöthiger Unterricht der Hebammen u. s. w. Hannov. u. Wolfenb. 1700. 8.

1011. Horlacher, A. L. De sarcomate uteri. Onoldi, 1820. 4.

1012. Horn, J. Ph. Theoretisch-praktisches Lehrbuch der Geburtshülfe. Grätz, 1815. 2 Thle 8. 2te Auflage. Wien 1825. 8.

1013. — Lehrbuch der Geburtshülfe für Hebammen. Wien, 1825.

1014 — Bemerkungen und Erfahrungen über einige Gegenstände der praktischen Geburtshülfe. Wien, 1826.

1015. — E. Archiv für die medizinische Erfahrung. Berlin, 1801 bis auf die jetzige Zeit. gr 8.

1016. Horre, A. H. Recentissima forcipum obstetriciarum historia critica. Marb. 1815. 8.

1017 Horner. Compend. system of midwifery etc. Philad. 1824.

1018. Horwein, J. G D. de abort. Ebracorum. Viteb. 1730. 4.

1019. Huber, J. J. Progr. de partu difficili ex prolapso brachio. Gott. 1740. 4.

1020. Huber, J. J. Commentatio de vaginae uteri structura rugosa, nec non de hymene c. adjunctis iconibus. Gott. 1742. 4. Erschien in demselben Jahre unter dem Titel: Uteri muliebris partiumque ad eum facientium praecipuarum iterata explanatio. Fol. c. fig.
1021. — De monstris. Cassell. 1748. 4. m. K.
1022. Huch, J. H. A. Diss. de regimine gravid. Rostock. 1817. 4.
1023. Hückel, D. B. De vomitu gravid. Francof. ad Viadr. 1733. 4.
1024. Hünerwolff. Sonderbare Frauenzimmergeheimnisse. Leipzig, 1690. 8.
1025. Hueter, C. Ch. Diss. duos sectionis caesareae casus relatos exhibens. Marb. 1824. 8.
1026. — Die Pathologie u. Therapie der fünften Geburtsperiode. Marb. 1828. 8.
1027. Hufeland, Ch. W. Neueste Annalen der französischen Arzneikunde u. Wundarzneikunst. I-III. Bd. Leipz. 1793. 8.
1028. — Journal der praktischen Heilkunde etc. Berl. 1795. bis auf die jetzige Zeit.
1029. Huffelmann, G. A. De genuino foetus humani in utero situ naturali. Hal. 1758. 4.
1030. Hugo, J. B., praes. Wedelio. Diss. de regimine puerperarum. Jen. 1720. 4.
1031. Huguenin, M. De atonia uteri post partum ejusque sequelae haem. Argent. 1770.
1032. Hull, J. A defence of the cesarean operation, with observations on Embryulcia and the section of the symphisis pubis etc. Lond. 1798. 8.
1033. — Observations on Simmon's detection etc. with a defence of the cesarean operation, derived from authorities. Part. 1. 2. Lond. 1799. 1800. 8.
1034 van der Hulst, A. De circulatione sanguinis in foetu. Leid. 1714. 4.
1035. Hunkemöller, F. J. De vagina et utero duplici. Berol. 1818.
1036. Hunold, Ph. Diss. de pessariis. Marb. 1790. 8. c. tab.
1037. Hunter, W. Anatomia uteri humani gravidi, tabulis illustrata. Lond. 1774. gr. Fol. 34 K.
1038. — An anatomical description of the human gravid uterus. Lond. 1794 4. A. d. Engl. mit Anmerk. v. L. F. von Froriep. Weimar. 1802. 8.
1039. — Bemerkungen über die bei schweren Geburten empfohlene Zertheilung der Schambeine, nebst Jumelin's Abhandl. über eben diese Materie. Leipz. 1779. 8.
1040. — Betrachtungen über die Operation der Durchschneidung des Knorpels der Schambeine. A. d. Engl. von J. St. Hausmann. Gött. 1782. m. K.
1041. Hurte, M. Diss. de secundinarum post partum excern. retentione. Altdorf. 1672. 4.
1042. Hurter, J. H. De sanguifluxu uteri. Goett. 1792.
1043. Hussian, R. F. Anweisung zur Ernährung neugeborner Kinder. Wien, 1825.
1044. — Handbuch d. Geburtshülfe. Nach d. besten Werken u. neuesten Grundsätzen, mit vorzüglicher Berücksichtigung der Boër'schen Erfahrungen für angehende Geburtshelfer. 3 Thle. Wien 1827 u. 1828. 8. m. 1 Kupftaf.

1045. Huth, F. W. Diss. sistens casum virginis hydrope ovarii extinctae. Argent. 1768. 4.

1046. Huwé, J. Onderwis der Vrouwen aangande het Kinderbaren en dessefs voor en tegen spoeden en heilzamste behandelinge. Haarlem. 1735. 8

1047. Huxholz, J. L. Unterricht d. Hebammen. Cassel, 1652. 8.

I.

1048. Jackert, J. G. Diss. in. de discrimine inter graviditatem et morbos eam simulantibus. Berol. 1818. 8.

1048a. Jackson, S. H. Cautions to women, respecting the state of pregnancy, the progress of labour and delivery. Lond 1799. 12.

1049. Jacobs, J. B. Ecole pratique des accouchemens. à Paris, Bruxelles et Gand 1785. 4. Ins Teutsche übers.: Praktischer Unterricht der Entbindungskunst etc. von J. D. Busch. Marb. 1787. 8.

1050. — Vroedeondige Oeffenschood. Gend. 1784. 4. m. K.

1051. Jacobson, L. Diss. de retentione secundinarum. Regiomont. 1822. 4.

1052. Jachkel, T. T. Aetiologia fluxus menstrui mulierum. Lips. 1784.

1053. — K. F. M. De abortus causis ac prophylaxi. Francof. ad Viadr. 1795.

1054. Jaegerschmid, G. F. Unterricht für die Hebammen. 1r Th. Carlsr. 1775. 8. 2r Th. fortges. v. C. L. Schweikhard. Ebend. 1776. 8.

1055. Jahn, J. D. De situ uteri obliquo. Helmst. 1785. (a. in Schlegel's sylloge ad art. obstetr.)

1056. — F. Commentatio de utero retroverso. Jenae, 1787. 8.

1057. Jahnke, J. G. Commentatio de forcipe et forfice, ferramentis a Bingio inventis, eorumque usu in partu difficili. Lips 1750. 4.

1058. Jahrbücher, medizinische d. königl. kais. östreichischen Staates; herausg. v. d. Directoren u Prof. d. Stud. d. Heilkunde an d. Universität Wien. Wien, 1811 bis auf d. jetz. Zeit.

1059. Jansonius (Jansi), S. Korte en bondige Verhandeling van de Voorteling ent' Kinderbaaren etc. Rotterd. 1681. — Uebers.: kurze, jedoch ausführliche Abhandlung v. Erzeugung d. Menschen u. d. Kindergebären. Frankf. 1706. 8.

1060. Jantke. Diss. de praematuro aquarum ex utero gravido effluxu. Altdorf. 1755.

1061. Jason à Pratis. Libri duo de uteris. Antw. 1524. 4. 1657. 12.

1062. — De pariente et partu liber obstetricibus, puerperis nutri cibusque utilissimus etc s. l. 1527. 8. Amst. 1657. 12.

1063. — De arcenda sterilitate et progignendis liberis, liber unus. 1531. 4. Amst. 1657. 12.

1064. Icart. Leçons pratiques sur l'art des accouchemens. à Toulouse, 1784. 8.

1065. Jenisch, L. F. Diss. in. de usu uncorum in arte obstetricia. Tubing. 1824. 8. c, tab. aen.

1066. Jenty, N. Explicatio demonstrationis uteri praegnantis mulieris c. foetu ad partum maturo in tab. sex. Lond. 1757 u. 1758. gr. Fol. Teutsch v. C. Ch. Schmidel. Nürnb. 1761.
1067. Joannides, A. De mammarum physiologia. Hal. 1801. 4.
1068. Joerdens, P. G. Diss. de fasciis ad artem obstetriciam pertinentibus. Erlang. 1788. 4.
1069. — Von den Eigenschaften eines ächten Geburtshelfers; eine Skizze. Leipz. 1789.
1070. — J. H. De vitiis pelvis muliebris ratione partus. Erlang. 1789. 4. (Rec. in Schlegel's thesaur.)
1071. — Selbstbelehrung für Hebammen, Schwangere und Mütter. u. s. w. Berl. 1797. 8. m. K.
1072. Joerg, J. C. G. Brevis partus humani historia. Spec. I et II. Lips. 1805.
1073. — Versuche u. Beiträge geburtshülflichen Inhalts zur Verbreitung e. naturgemässen Entbindungsmethode u. Behandlung der Schwangeren u. Wöchnerinnen. Leipzig, 1806. 8.
1074. — Handbuch d. Geburtshülfe f. Aerzte u. Geburtshelfer etc. M. 1 K. Leipz. 1807. 8. 2te Aufl. Ebend. 1820. 8.
1075. — Ueber d. Gebärorgan d. Menschen u. d. Säugethiere im schwangeren u. nicht schwangeren Zustande. Leipzig, 1808. m. K. Fol.
1076. — Handbuch d. Krankheiten des menschlichen Weibes, nebst e. Einleitung in die Physiologie und Psychologie des weiblichen Organismus. Leipzig, 1809. 8.
1077. — Commentatio de funiculi umbilicalis deligatione haud negligenda. Spec. I. Lips. 1810. 4.
1078. — Eleitheyia oder diaetetische Belehrungen f. Schwangere, Gebärende u. Wöchnerinnen, welche sich als solche wohl befinden wollen. Leipz. 1809. 8. 2te Aufl. mit e. Anleitung zur ersten physischen Erziehung der Kinder. Leipz. 1812.
1079. — Schriften zur Beförderung der Kenntniss des menschl. Weibes im Allg., u. zur Bereicherung der Geburtshülfe insbesondere. 1r Th. Leipz. 1812. 2r Th. 1818. 8.
1080. — Lehrbuch der Hebammenkunst. Leipz. 1814. 8. m. 9 Kpft.
1081. — Taschenbuch f. gerichtliche Aerzte u. Geburtshelfer bei gesetzmässigen Untersuchungen des Weibes. Leipz. 1814. 8.
1082. — Die Zeugung, nebst Abbildung etc. Leipz. 1815. 8.
1083. — Anleitung zu e. rationellen Geburtshülfe der landwirthschaftlichen Thiere. 2te Aufl. Leipz. 1818. 8. m. K.
1084. — Ueber d. physiologische u. pathologische Leben d. Kindes, auch unt. d. Tit.: Handbuch zum Erkennen u. Heilen der Kinderkrankheiten. Leipz. 1826. 8.
1085. — Was hat eine Entbindungsschule zu leisten u. wie muss sie organisirt seyn? Leipzig, 1829. 4.
1086. John, J. H., praes. Autenrieth. Diss. in. de observ. quibusdam physiolog. patholog., quae neonatorum frequent. morbos spectant. Tubing. 1799. 4.
1086a. — J. F. Chemische Tabellen des Thierreichs, od. syst. Uebersicht d. Resultate aller bis jetzt zerlegten Animalien. Berl. 1814.
1087. Johnson, R. W. New system of Midwifery, founded on practical observations, in four parts. Lond. 1769. 4. m. K. 1777. 1786. 4. — A. d. Engl. von J. C. Loder. Leipz. 1783. 8.

1088. Josephi, G. Diss de conceptione abdominali. Gotting. 1784. 4. c. tab. aen.
1089. — Lehrbuch der Hebammenkunst. Rostock. 1797. 8.
1090. — Ueber d. Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter u. über eine höchst merkwürdige Harnblasenschwangerschaft insbesondere. Rostock. 1803.
1090a. Josi: Raggionamento chirurgico sopra una gravidanza estrauterina. Livorno. 1790. 4.
1091. Joung, Th. De lacte. Edinb. 1761. 8.
1092. Jouitsma. Diss. de sectione synchondroseos oss. pubis. Francof 1779.
1093. Journal des Savans. à Paris. 1665. et sq.
1094. — the London med. and phys. by Bradley etc presently by Macleod. Lond. 1799-1827. 57 Vol. 8. Für Deutschland bearbeitet von C. G. Kühn. Leipzig, 1800-1802. 8. Auch unt. dem Tit: Repertorium d neuesten Erfahrungen englischer Gelehrten a. d. Fache d. Physik, Medicin u. Chirurgie. Leipz. 1803-1806. 8 VI Bde
1095. — the Edinburg med. and surg. Edinb. Vol. 1-27. 1805-1827 8.
1096. — the new England J. of medicine, surgery and the collateral branches of science, conducted by a number of physicians. Boston. 1812-1826. 8. 1-10. Vol.
1097. — the London med. and phys. published by S. F. Simmons. Lond. Vol. 1-10. 1781-1790. 8.
1098. — phys. and med. New York. Vol. 1-5. New York, 1820-1825 8.
1099. — and Review the medico-chirurgical Conducted by W. Shewman. Vol 1-5. London, 1816-1818. The med. chir. J. or Quaterly register of med. and surg. science. Vol. 1-6. Lond. 1818-23. 8.
1100. — complémentaire du dictionnaire des sciences médicales. Vol. 1-3. Paris, 1818-1825. 8.
1100a. — de Médecin, Chirurgie et Pharmacie par Corvisart et Boyer. Paris, an 9-1817. 40 Tom. 8.
1101. — nouveau de Med, Chir. et Pharmacie, redigé par Adelon, Béclard, Chomel etc. Paris. 1818-1826. 1-16. Vol. 8.
1101a. — universel des sciences medicales, redigé p. Regnault. Paris, 1816-1826 1-38. Vol. 8.
1101c. — de la societé de santé et d'histoire naturelle de Bordeaux, par Capelle et Villars. Vol. 1-3. Bordeaux. 1797-98. 8.
1102. — der ausländischen medizinischen Literatur; herausg. von Hufeland, Harles, Schreger. Berl 1802-1803.
1103. — neues der ausländ. Medicin, herausg. v. Hufeland u. Harles. VIII Bde Nürnb 1804-1808. 9. u. 10 Bd. von Harles allein herausg. Nürnb. 1800-1811. 8. (Siehe auch Annalen d. neuesten englischen u. französ. Chirurgie von Harles etc. u. Hufeland's Annalen etc)
1104. — für Geburtshelfer. Frankf. u. Leipz 1787. 1788. 8. II B.
1105. — d. Erfindungen, Theorien u. Widersprüche in d. Natur- u. Arzneiwissenschaft. 1-42. St. Gotha, 1792. sq. (Von d. 25. Stück an unt. d. Tit.: Neues Journal u. s. w, u. sodann fortges. unt. d. Tit.. Neuestes Journal u. s. w. Gotha. 1810. 8.

1105a. Jouvet, Diss. sur le toucher. Paris. 1817. 4.
1106. Irion, J F. Examen rationum sectionem ossium pubis oppugnantium vel limitantium. Tubing. 1780. 4.
1107. Irmler. Diss. in. synchondrotomiam animadversiones quaedam. Traject. ad V. 1789. 4.
1108. Juch, H. P. De abortu. Erf. 1730. 4.
1109 — De molarum generatione et curatione. Erford. 1732. 4.
1110. — De naturali et praeternaturali lochiorum statu, hujusque periculosis consectariis 1749. (Erford.)
1110a. Jumelin: Précis historique de ce qui a été fait pour et contre l'opération de la symphyse du pubis Paris, 1778. 8.
1111. Jungmann, A. J. Lehrbuch der Geburtshülfe. 1r u. 2r Th. Prag. 1812. 8.
1112 — Das Technische der Geburtshülfe. Prag, 1824. 8.
1113. Juncker, J. De molis. Halae, 1749.
1114. — Kurzer Unterricht v. d. Hebammenpflicht. Halle 1753. 8.
1115. — resp. J. L. A. Schönemann. De utero gravidarum circumspecte tractando. Halae, 1747. 4.

K.

1116. Kaas, F. Diss. de funiculi umbilicalis deligatione haud negligenda. Berol. 1820. 8.
1117. Kämpf, J. Denkbuch für Hebammen. Leipz. 1777. 8
1118. Kaiser, Ch. F. W. Diss. sistens quaedam de sphacelo uteri gravidi observat. illustrato Jen. 1810. 8.
1119. Kaiserschnitt. Gedanken über denselben v. Dr. W—n. Leipzig. 1802. 8.
1120 (Kaltenbeinerin.) Hebammenkunst (der Hebammen K.) durch Fragen u. Antworten vorgetragen, mit Anmerk. erläut. u. einem Unterricht von Nothtaufen. Luzern, 1777. 8.
1121. Kaltschmidt, C. F. Progr. de mola, suppuratione confecta etc Jen 1742 8.
1122. — Diss. de virginitate. Jen. 1750. 8.
1123. — Progr. de intermissa funiculi umbilicalis post partum deligatione non absolute lethali. Jen. 1751.
1124. — Diss. de partu caesareo. Jen. 1750. 4.
1125. — De casu partus difficilis, in quo infanticidium licitum est. Jen. 1751. 4.
1126. — De necessitate exsecandi foetum ex gravida mortua. ibid. 1752. 4.
1127. — De mola scirrhoso in utero inverso exstirpata. Ib. 1754. 4.
1128. — De puerpera hernia et ruptura vaginae. laborante feliciter restituta. Ibid. 1754. 4.
1129. — De variis partus impedimentis ex capitis vitio. Ibid 1757. 4.
1130. — De haemorrhagia post partum nimia Ibid 1759. 4.
1131. — De necessitate partus caesarei instituendi in omnibus gravidis mortuis. Ibid. 1760. 4.
1132. — De partu cum haemorrh. uterina conjuncto. Ibid. 1762 4.
1133. — De primipara dolores post partum passa ex intempestiva abdominis pressione. Ibid. 1767. 4.
1134. Kannegiesser, G. H. Diss. de virginitatis laesae et integrae signis. Kilon. 1757.

1135. Kanold, J., praes. Stahl. Diss. de abortu et foetu mortuo. Hal. 1704. 4.
1136. Karl, Veit. Eine neue Geburtszange erfunden u. Sachverständigen zur Prüfung vorgelegt. Frankf. 1811. 4. m. 2 K.
1137. Karsten, J. H. De respiratione foetus in utero et inter partum. Gott. 1813. 4.
1138. Kasthofer, F. F. Diss. sistens circa curam pelvis muliebris diaeteticam momenta quaedam. Virceb. 1797. 4.
1139. Kastner, J. N. Circa placentae solution. artificial. cogitata. Erford 1796.
1140. Katzenberger, L. J. Hebammenkatechismus etc. Münster. 1778 8.
1141. Kauderbach, F. G. H. Diss. in. de graviditate extrauterina. Jen. 1820. 4.
1142. Kayser, C. J. Observationes quaedam circa haemorrhagias uteri gravidi, causa externa ortas, adjecta simul partus violenti historia. Marb. 1823. 8.
1143. Keck, E. H. De dolorum praecipue ad partum causis illorumque cura rationali. Argent. 1740.
1144. Kegel, C. F. Diss. de catameniorum natura. Vrat. 1822 8.
1145. Kelch, G. T. Diss. de symptomatibus et signis graviditatis verae simplicis uterinae eorumque causis. Regiom. 1799. 4.
1146. Kelly, J. Essay upon the spontaneous evolution of the foetus. Lond. 1816.
1147. Kelsch, C. A. Diss. in de partu arte praemat. Berol. 1824. 4.
1148. Kentisch, W (Millot?). Lettres du Dr. W. K. au cit. Baudelocque sur quelques passages de son traité d'accouchement Paris, l'an VIII (1799) 8. A. d. Franz. mit einem Anhang v. Dr. Martens. Leipz. 1801. 8.
1149. Kerchem, G. G. H. van. De haemorrhagia gravidarum. Lugd. Bat. 1769. 4.
1150. Kergaradec, J. A. Lejumeau de. Memoire sur l'auscultation appliqué à l'étude de la grossesse etc Paris, 1822. 8. — Uebers. in Froriep's Notizen No. 35 u. 36 und aus dieser Zeitschrift besonders abgedruckt. Weim. 1822. 8.
1151. Kerner, G. Ueber d. Hamburgische Entbindungshaus u. d. Entbindungswesen d. Armen-Anstalt. Hamb. 1810. 8.
1152. Kersten. De direct. forcipis in partu applicandae. Hafn.
1153. Kessel, J. F. Diss. sistens foetum in utero materno liquorem amnii deglutire. Jen. 1751. 4.
1154. Kessler, C. G. Kurzer Inhalt der gesammten Hebammenkunst u. s. w. Landsh. 1753. 8.
1155. Kestner, Th. Diss. de nexu matris cum embryone. Goett. 1802. 4.
1156. Keyl, B. G. Diss de secali cornuto ejusque vi in corp. humanum salubri et noxia. Berol. 1823. 8.
1157. Keyselitz, G. De partus agripparum difficultatibus. Lips. 1767. 4.
1158. Kienmann, H. N. De versionis in extrahendo partu praestantia et adminiculis. Goetting. 1757. (Recus. in J. G. Roederer opusc. med.)
1159. Kieser, D. G. Der Ursprung des Darmkanals aus d. Vesicula umbilicalis, dargestellt im menschlichen Embryo. Goett. 1810. 4. m. 2 K.

1160. Kilian, H. F. Ueber den Kreislauf des Blutes im Kinde, welches noch nicht geathmet hat. Karlsr. 1826. 4. m. 10 Abb.

1160a. — Beiträge zu einer genaueren Kenntniss der allgemeinen Knochenerweichung der Frauen und ihres Einflusses auf das Becken. Bonn, 1829. 4. Mit 1 Tafel.

1161. King, J. An analysis of the subject of extrauterine foetation and of the retroversion of the gravid uterus. Lond, 1818. 8.

1162. Kircheisen, J P. G., praes. C. G. Gruner. Diss. de coitu ejusque variis formis, quatenus medicorum sunt. Jen. 1792. 4.

1163. Kissan, B. An inaugural Dissertation on the function of the uterus. New-York, 1816. 8.

1164. Kist, F. C. Historia critica pelvimensorum. Lugd. B. 1819.

1165. Kittel, M. B. Die Fehler d. Muttermundes, u. Beschreibung einer Gebärmutter mit doppeltem äusserem Muttermunde. M. 1 K. Würzb. 1823. 8.

1166. — A. C. H. Diss. in. de sectione caesarea et cranii perforatione. Rostochii, 1825. 8.

1167. Klees, J. G. Diss. de instrumentis quibusdam ad perforationem aptis. Jen. 1792. 8.

1168. — Bemerkungen über e. Geburtszange. Frankf. 1794.

1169. — Ueber d. weiblichen Brüste. Frankf. 3te Aufl. 1806.

1170. Klein, C. C. Specim. inaug. anat. sistens monstrorum quorundam descriptionem. Stuttg 1793 4 c. 3 tab. aen.

1171. — Bemerkungen über die bisher angenommenen Folgen des Sturzes d. Kinder auf den Boden bei schnellen Geburten. Stuttg. 1817. 8.

1172. Kleinknecht, C. D. Unterricht für Hebammen. Ulm. 1741. 1749. 8.

1173. Kleinschmidt. Unterricht f. d. Hebammen. Ulm 1744. 8.

1174. Klewitz, C. E. B. Diss. de nonnullis nympharum varietatibus et degenerationibus. Berol. 1825. 4.

1175. Klinge, J. H. W. De procidentia uteri. Goett. 1787. c. II tab. 8.

1176. — Ueber d. Vorfall der Gebärmutter und den Gebrauch d. Mutterkränze. Hannov. 1790. 8.

1177. Klinkosch, J. Th., resp. G. Hill de Hilsborough. De utero deficiente. Prag. 1777. (a. in Diss. Pragens.)

1178. Knackstedt, C. E. H. Anatomische Beschreibung e. Missgeburt, welche ohne Gehirn u. Schädel lebendig geboren wurde. Petersburg, 1791. 4. m. 1 K.

1179. Knebel, J. G. Grundriss d. polizeilich-gerichtlichen Entbindungskunst. 2 Bde. Bresl 1798. 1801 1803. 8.

1179a. — Grundriss zu einer Zeichenlehre der gesammten Entbindungswissenschaft. Bresl. 1798. 8.

1180. Kniphof, J. H., resp. A. G. Gravel. Diss. de capite conformi fetus partum facilitante. Erf. 1752. 4. c. tab.

1181. von Knoer, Frauenzimmermedicus etc. Leipz. 1747. 8.

1182 Knolle, J. F. Epist. de artis obstetriciae historia. Arg. 1738. u. 1773. 8.

1183. Knothe, B. G. Epist. gratul. Partus cujusdam singularis historiam cum trium insimul natorum puerorum descriptione tradit. Lips. 1794. 4.

1184. Kock, P. St. Verhandeling over het gevaar en verbeetering de algemeene Handelwyze in de Voetbaaring. Dorttrecht. 1798. 8. (Brüssel. 1796)

1184a. Koedyk, L. E. Verhandeling van de sectio caesarea, of Keizersneed. Utrecht. 1774. 8.

1185. Koehler, A. De partu fetus mortui aeque facili ac vivi. Erf. 1774. 4.

1186. — G. A. Diss. in. de diagnosi morborum graviditatem uterinam simulantium. Berol. 1822. 4.

1187. Koelle, E. Ueber d. künstliche Frühgeburt; Inauguralabhandl. Würzb. 1828. 8.

1188. Koelpin, A. B. De foetus et adulti differentia. Gryph. 1764.

1189. — A. G. A. De placenta praevia in partu Stettin 1791. 8.

1190. Koenig, J. A. Taschenbuch für angehende u. wirkliche Mütter. Bern, 1805. 8.

1191. Koeppe, J. C. F. Epist., qua perlustratur sexus sequioris divaricatis pedibus instituta equitatio. Lips. 1780. 4.

1192 — praes. C. C. Krause. Diss. de pelvi foeminea metienda. Lips. 1781. 4. m. 2 K.

1193. Koeppen. De inversione uteri. Rostoch. 1806. 8.

1194 Koerber, J. F. Diss. de nausea ac vomitu gravidarum. Goett. 1787. 8.

1195. Koester, J. D. Diss. de abortu Giess. 1788. 4.

1195b. Koning, J. de Verlooskundige aanmerkingen. Zaltbommel. 1824. 8.

1196. Kopp, J. H. Jahrbuch der Staatsarzneikunde. 11 Jahrg. Frankf. 1808-1820. 8.

1197. — Beobachtungen im Gebiete der ausübenden Heilkunde. Frankf. 1821.

1198. Kornmann, J. M. Höchst nöthiger Unterricht von der Geburt d. Menschen. Erf. 1731. 8.

1199 Korschek. Diss de retroverso utero Hal. 1799.

1200. Kositzki. Diss sistens noxas fasciarum, gestationis et thoracum. Gott. 1771

1200a. Koster, G. A. Diss. de partu difficili et praeternaturali e situ capitis fetus iniquo orto. Lugd. Bat. 1767. 4.

1201 de Kozamér, J. M. Informatio de secura infantum valetudine tuenda. Vratislav. 1717.

1202. Kraak, Diss. de foetus per pedes eductione. Lips. 1765.

1202a. — J. Handbok för barnmorskor. Stockh. 1782. 8.

1203. Krämer, J. G. Ideen über d. nützlichen Gebrauch der Geburtszange in bestimmten Fällen. Marb. 1800. 8.

1204. — C. P. Mutter u. Kind in ihrem wechselseitigen Verhältnisse während der Schwangerschaft. Würzb. 1823. 8.

1205 Kraft. De pietate obstetricum. Jen. 1714.

1206 Krapf, C. von. Anatomische Versuche u. Anmerkungen über die eingebildete Erweiterung der Beckenhöhle in natürlichen u. angepriesene Durchschneidung d. Schambeine in widernatürlichen Geburten 2 Thle. Wien. 1780 u. 1781.

1207. Krasselt, J. A. Diss. sistens eclampsiam gravidarum, parturientium et puerperarum. Lips. 1823. 4.

1208. Krause, C. C. resp. F. C. Schenk. Diss. vis ac potentia animi gravidae mulieris in fetum denuo asserta et vindicata. Lips. 1786. 4.

1209. Kreisel, J. C. (Joganna Karla Krejzela). Nastawlenie naczinajusczim uprashnät' sa v powiwal' nom iskustwè Czast' I. II. Moskwa. 1792. 8. m. 7 K. (Anweisung für Anfänger in der Entbindungskunst.)
1210. Kroeber, A. H. De haemorrh uteri grav. Berol. 1821. 8.
1211. Krohn, H. Foetus extra uterum historia cum inductionibus quaestionibusque aliquot subnexis. Acced porro tabull. explanatrices etc. Lond. 1740. 1791. Fol.
1212. Krügelstein, F. Ch. C. Diss. qua probatur forcipem in paragomphosi partus duplicati praestare uncis. Jen. 1803. 4.
1213. Krueger, L. Diss. sistens pathologiam ovariorum muliebrium. Gott. 1782. 4.
1214. Kruhse, R. Diss. in. de auscultatione obstetricia. Dorpat. Liv. 1826. 8.
1215. Krumpholz, J. A. et Nonne. Diss. in. de abortu. Mogunt. 1768. 4.
1216. Kück, J. W., praes. Reil. De semiologia placentae. Halae. 1791. 8.
1217. Kuehlenthal, F. G. Diss. in. de sterilitate foeminarum. Duisb. 1790. 4.
1218. — G. T. E. Diss. de partu caesareo. Marb. 1818. 8.
1219. Kühn, C. G. Diss. de forcipibus obstetriciis recens inventis. Lips. 1783. 4. c. tab. aen.
1220. — J. G. F., praes. Boehmer. De causis uterum impraegnatum distendentibus. Viteb. 1768.
1221. Kühne, praes. Bose. De morte foetus ejusque diagnosi. Lips. 1685. 4.
1222. Kümpel, Q. De solutione placentae. Jen. 1789.
1223. Küstner, M. Diss. de perforatione capitis in partu anciputi. Lips. 1819. 4.
1224. Kuhk, E. F. De excerebratione foetus. Berol. 1826. 8.
1225. Kulmus, J. A. De uteri delapsu, suppressionis urinae et subsequentis mortis causa. Gedani. 1732.
1226. Kummer, G. T. De uteri steatomate. Lips. 1819. 4.
1227. — E. E. Diss. in. med.-obstetr. brevem partus humani normam omnino servantis historiam sistens. Jen. 1822.
1228. Kuntzsch, C. G. Analecta ad abortus pathol. Lips. 1824. 4.
1229. Kupffer, E. A. Diss. de graviditate ovarii. Dorp. 1822.
1230. Kwasniewski, J. Th. Diss. in. med. de functione partus, Landish. s. a.

L.

1231. van de Laar, H. Observationes chirurgico-obstetricio-anatomico-medicae. Lugd. Bat. 1794. 8.
1232. — A. Schets der geheele Verloskunde, geschickt om derzelven grondbeginzels volkomen te leeren. Gravenh. 1777. 8. met pl. 2te Ausg. 3te Ausg. m. 7 K. Rotterd.
1233. Labbé. De la version du foetus. Strassb. 1803.
1234. Lachapelle, Mad. Pratique des accouchemens ou mémoires et observations choisies sur les points les plus importans de l'art; — publ. par A. Dugés. Vol. I. Paris, 1821. Vol. II. et III. 1825. 8. Ins Teutsche übers. I. Bd. Weimar. 1825. 8.

1235. Lachausse. De superfoetatione in utero duplici. Arg. 1756.
1236. — Superfoetatio vera in utero simplici. Arg. 1755.
1237. Lados, A. C. Diss. in. de metrorrhagia gravidarum. Gandae 1824. 4.
1238. Laennec, R. T. H. Traité de l'auscultation médiat etc. Second. Edit. Paris. 1826. 8.
1238a. Lambin, J. M. Manuel des accouchemens pratiq. Paris 1799. 8.
1239. de Lamzweerde, J. B. Naturalis molarum uteri historia. Lugd. Bat. 1686. 8. c. tab. aen.
1240. — Examen Eucharisticum apologiae Harderi super admonitiones in Cap. 24 tractat. mei de molis uteri contentas etc. Francof. 1689. 4.
1241. Langii, Chr. De abortu considerationes. Lips. 1644. 4.
1242. Lang, J. J. L. De ecchymomate seu de abscessu sanguineo recens natorum. Landsh. 1825.
1243. Langbein, A. Chr. Specimen embryulciae antiquae, ex Q. S. F. Tertuliani Lib. de anima Cap. XXV. Halae 1754. 4.
1244. Langenbeck, K. J. M. Bibliothek f. d. Chirurgie. 1-4. Bd. Goettingen 1807-1813. 8.
1245. — Neue Bibliothek f. Chirurgie u. Ophthalmologie. 1815 bis auf die jetzige Zeit
1246. Langermann, F. J. G. Ueber die Lösung der Nachgeburt. Hof 1803. 8.
1247. Langguth, P. A., resp. Otto: Diss. de fetu ab ipsa conceptione animato. Viteb. 1747. 4.
1248. — Ch. A. De cura, qua respublica prosequi debeat rem obstetriciam. Viteb. 1782-1789. 4.
1249. — (G. A.) Descriptio embryonis 3 1/2 mensium. Viteb. 1758. 4.
1250. Langsdorf, G. H. Diss. in. phantasmatum sive machinarum ad artis obstetriciae exercitia facientium brevis historia. Gott. 1797. 4.
1251. Lankisch, G. von. Abriss und Beschreibung der wunderseltsamen, raren und kaum erhörten Missgeburt, welche noch neben einer gesunden Frucht den 22ten Dec. 1679 geboren. Zittau 1680. 4.
1252. Lapeyre, L. An inquiry wheter women ought to preser assistance to that of manmidwifes. Lond. 1772. 8.
1253. Laporte, C. Diss. exponens versionis foetus in utero partusque pedibus praeviis recentissimam conditionem ac statum, et, quam late patet, ambitum. Marb. 1811. 8.
1253a. Larray, C. F. H. Réflexions particulières sur l'art des accouchemens. Nismes. 1799. 8.
1254. Lau, C. A. Diss. in. de tubi acustic iad sciscitandam graviditatem efficacia. Berol. 1823. 8.
1255. Laubreis, A. Diss de forcipis obstetriciae requisitis. Wirceburg 1802. 4. c. tab. aen.
1256. Laurent. C. H. Diss. de usu et abusu instrumentorum in arte obstetricia. Argent. 1774. 4.
1257. Lauten, J. P. Diss. in. de respiratione foetus. Bonnae. 1822. 8.
1258. Lauverjat, C. E. Examen d'une brochure, qui a pour titr.: Proces verbaux et reflexions à l'occasion de la section de la symphise. à Amsterd. 1779, 8.

1259. Lauverjat, T. E. Nouvelle méthode de pratiques l'operation césarienne etc. à Paris 1788. 8. A. d. Franz. v. Q. G. Eysold. Leipz. 1790. 8.

1260. Lavallino, J. Tentamina medico-chirurgica de felici in quibusdam animantibus uteri extractione, deque partium regeneratarum et cicatricis natura. Florent. 1768 8 m. K.

1261. Lax, J. H. Spec. in. med. continens theses de aquis spuriis gravidarum. Duisb. 1803. 4.

1262. Leake, J. Practical observations on the child-bed fever, on uterine haemorrhagies and convulsions, and other acute sickness as are most fatal to women during the state of pregnancy. London 1772 8. A. d. Engl. übersezt: Practische Bemerkungen über verschiedene Krankheiten d. Kindbetterinnen und Schwangeren, nebst d. Beschreibung e. neuen Zange z. Geburtshülfe. Leipz. 1775 8. m. 1 K. d. Zange vorst.

1263. — A lecture introductory to the theory and practice of midwifery. Lond. the second edit. 1773 4. — Angehängt ist: The description and use of a pair of new forceps. 4. m. 1 K.

1264. Introduction to the theory and practice of midwifery, comprehending the most effectual means of attaining true principles of that science; with animadversions on the Qualification and Deportement of an Accoucheur. To which are added, a description of the Author's new forceps, illusted with elegant copper Plates. Also a syllabus of obstetric. Lectures etc. Lond. 1787. 8 M. 1 K. d. Zange vorstellend

1265. — A Vindication of the forceps described and recommended by Dr. Leake, in which the injudicious and illiberal Remarks on that Subject, signed Thomas Denman, are examined and refuded by a late Pupil of Dr. Leake's. 1785. 8.

1266. Lébas, J. Question importante, peut on determiner un terme préfixe pour l'accouchement? à Paris 1764.

1267. — Précis de la doctrine sur l'art d'accoucher. à Paris. 1769 et 1780. 8.

1268. Lebreton, A. Unterricht üb. d. Ursachen u. d. Behandlung v mehreren Krankheiten d. Neugeborenen. A. d. Franz. von G. Wendt. Leipz. 1820. 8.

1269. Lederer, Th. Handbuch d. Hebammenkunst. Wien, 1822. m K.

1269a. — Mutter und Kind. Wien, 1826.

1270. van Leeuwen, praes. Sandifort. Diss. de artis obstetriciae hodiernorum prae veterum praestantia, ratione partus difficilis et praeternaturalis. Lugd. Bat. 1783.

1271. Leiblin, P. J, Ausführlicher Unterricht für die Hebammen. Ansp. 1781. 8. 2te Aufl 1790. 8. 3te Aufl 1801. 8.

1272 Lejeun, D. P. C. A. An uterina superveniente haemorrhagia gestationis tempore sanguinis missio? Monspell. 1788. 4.

1273. Leinveber, A. J. Diss. in. de incisione commissurae genitalium posterioris ad evitandas inter partum perinaei rupturas. Berol. 1827. 8.

1274. Lembke, H. B. L. Beantwortung der Schrift von der Beschwerlichkeit der Geburtshülfe. Lübeck, 1769. 8.

1275. Le Mercier. Ergo potest infans per plures annos in utero matris ejusque tubis sana superstite muliere conservari. Parisiis, 1667. 4.

1276. Lemonier. J. M. Diss. sur l'usage du forceps. à Paris, 1804. 4.

1277. Lenhart, J. Arzeneyen ohne Masque. 1r u. 2r Bd. Leipz. 1787 u. 1788. 8.

1278. Leo Wolf. J. Diss. in. de nexu foetus c. matre. Berol. 1826. 8.

1279. Leonhardi, J. J., resp. C. A. F. Wolf. De multiplici commodo per accurate institutam orificii uterini explorationem obtinendo. Viteb. 1788.

1280. — Progr. de tubarum uterinar. morbis etc. Viteb. 1788.

1281. Leontowytsch, S. De partu praeternaturali ex vitiis trunci foetus orto. Argent. 1766. 4.

1282. Leporin, C. P. Erörterung einiger d. zurückgelassene Nachgeburt betreffenden Fragen. Quedlinb. 1718. 4.

1283. — contra Ruyschium de musculo in fundo uteri reperto. Lips. 1728. 4

1284. Leporin, C. P., praes. J. A. Segner. Diss. de partu difficili. Gott. 1743. 4.

1285. Leppentin, Anmerkung über die künstliche Trennung d. Schambeine bei schweren Geburten. Hamb. 1778. 8.

1286. Leroux. Observations sur les pertes de sang des femmes en couches. Dijon. 1773. 2e édit. 1810. — A. d. Franz. — Königsb. 1784.

1287. Leroy, A. Recherches sur la section de l'os pubis. à Paris, 1773. 4.

1288. — La pratique des accouchemens. Prem. part. à Paris, 1776. 8. Aus dem Franz. mit Anmerk. von J. Nusche. Memmingen, 1779. 8.

1289. — Recherches historiques et pratiques sur la section de la symphyse de l'os pubis, pratiquée pour suppléer à l'opération césarienne le 2 Oct. 1777 sur la femme Suchot. Paris, 1778. 8.

1290. — Observations et reflexions sur l'operation de la symphyse pratiquée sur la femme Vespres. Paris, 1780. 8.

1290a. — Motifs et plan d'établissement dans l'hôpital de la Salpétrière d'un seminaire de médecin pour l'enseignement des maladies des femmes, des accouchemens, etc Paris, 1790. 8.

1291. — Sur les pertes de sang, sur les fausses couches etc. Paris, 1801. 8 — A. d. Franz. m. Anmerk. von J. C. Renard. Leipz. 1802. 8.

1291a. Lescure. Diss. sur la symphyse du pubis. Paris, 1803. 4.

1291b. Levacher de la Feutrie: Theses de sectione synchondroseos oss. pubis. Paris. 1779. 4.

1292. Levasseur, R. Sur la symphysiotomie et sur l'enclavement. Bruxell. 1822. 4.

1293. Levestamm, A. Diss. in. de fluxu menstruo adjuncta de ejusdem causis theoria Kiliae. 1824. 8.

1294. — G. Diss. in. de liquore amnii foetus humani praecipue de ejusdem usu. Kiliae. 1823. 8.

1295. Levret, A. Observations sur les causes et les accidens de plusieurs accouchemens laborieux, avec de remarques etc. et de nouveaux moyens pour y parvenir plus aisément. à Paris 1747. 8. m. K. Nouv. édit. 1762. 8.

1296. Levret, A. Suite des observations sur les causes et les accidens etc. à Paris. 1751. 8. m. K. 1762. 1770. — Uebers. Levret's Wahrnehmungen v. d. Ursachen etc. v. Dr. Wallbaum. Lübeck u. Altona 1758.
1297. — Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice, de la gorge et du nez, onérés par de nouveaux moyens inventés. à Paris, 1749. 8. m. K. 1759. 1772. 8.
1298. — Explications de plusieurs figures sur le mécanisme de la grossesse et de l'accouchement etc. à Paris, 1752. 1. m. 1 K.
1299. — L'art des accouchemens, démontré par des principes de physique pour servir l'introduction et de base à des leçons particulières. à Paris, 1751. 1753. 1766. 8. Uebers. v. Dr. Ch. F. Held. Gera u. Leipz. 1772. 8.
1300. — Essai sur l'abus des regles générales et contre les préjugés, qui s'opposent aux progrés de l'art des accouchemens. à Paris, 1766. 8. Uebers. v. Dr. D. C. Burdach; mit einigen Anmerkungen u. Zusätzen a. d. französ. Tagebüchern vermehrt. Leipz. 1776. 8 m. K.
1301. Levreton, A. Recherches sur les causes et le traitement de plusieurs maladies des nouveaux nés. Paris. 1820. — Uebers. v. Wendt. Leipz. 1820.
1301a. Licetus, F. De monstrorum caussis, natura et differentia libr. II. Pat. 1616. 4. Ex rec. Blasii. Amst 1665. 4. c. fig.
1302. Lieber, G. Diss. in. monstri molae speciem prae se ferentis descriptio anatomica. c. II tab. aen. Berol. 1821. 4.
1303 Lievens, L. M. C. Diss. in. de abortu. Gandae, 1822.
1304. Lind. Diss. de ruptura uteri ejusque sequelis ac methodo med. Erford. 1772.
1305. Lindblad. Animadv. in uteri retrovers. Upsal. 1797. 4.
1306. Lindemann, A. Diss. de partu naturali, quem sine matris ant fetus sect. absolvere non licet operatori. Gott. 1755. 4.
1307. Lindenberg, J. D. Diss. de partu laborioso. Giess. 1781. 4.
1308. Lindner. Hebammenfragebüchlein. Strassb. 1722. 12.
1309. de Lingen, J. H. Diss. in. de quinque neonatorum morbis notatu dignis c. II tab. lithogr. Berol. 1828. 4.
1310. Linn, W. The singular case of a Lady, who had the smallpox puring Pregnancy, and who communicated the same to the fetus. Lond. 1791.
1311. Linné, C. a. Diss. de uteri haemorrhagia in gravidis. (in ejus amoenitat. academ. IX. No. 172. Holm et Lips. 1749. Vol. I - X)
1312. Lobstein, J. F. Fragment d'anatomie physiologique sur l'organisation de la matrice dans l'espèce humaine. Paris, 1803.
1313. — Essai sur la nutrition du foetus. Strassb. 1802. 4. Uebers. v. Dr. Kestner. Halle 1804. 8.
1314. — Observations anatomico-pathologiques sur la circulation du sang dans l'enfant, qui n'a pas respiré. à Paris, 1805. 8.
1315. — Observations d'accouchemens recueillies à la salle des accouchées de l'hôpital civil de Strasbourg. Strasb. 1816. 8.
1316. — Remarques sur la critique de ses observations d'accouchemens. Paris, 1817. 8
1317. — Compte rendu à la societé de Medecin de Strasbourg sur l'état actuel de son museum anatomique. Strasb. 1820.
1317a. Locher. D. de putrescentia uteri. Berol. 1819. 8.

1318, von Loder, E. Bemerkungen über ärztliches Verfahren und Unterricht in Italien. Leipz. 1811. 8.
1319. — J. Ch. Diss. synchondroseos ossium pubis sectionem in partu difficili instituendam. Gott. 1778. 4. c. tab. aen.
1320. — Progr. de vaginae, uteri procidentia. Jen. 1781.
1321. — resp. J. C. Hauenschild. Diss. de musculosa uteri structura. Jen. 1783. 4. c. 3 tab. aen.
1322. — Progr., quo probatur ex anatomicis observationibus, circularem aperturae orificii uterini formam certum ineuntis graviditatis signum non esse. Jen. 1785. 4.
1323. — Ueber d. Herrn Prof. Froriep's Nachbildungen der Vaginalportion d. Uterus u. d. Muttermunds etc., auch über d. Pelviarium, das Fantom u. d. weibliche Becken von Papiermaché. Weimar, 1802. 8.
1324. — Progr. observat. imperforationis vaginae. Jen. 1803.
1325. — Journal für Chirurgie, gerichtliche Medicin u. Geburtshülfe Jen. 1798-1804. 4 Bde.
1325a. Loeffler, A. F. Beiträge zur Arzneiwissenschaft und Wundarzneikunst. 2 Bde. Altona. 1788. (Leipz. 1791.)
1326. — Vermischte Aufsätze und Beobachtungen aus d. Arzneikunst, Wundarzneikunst, Geburtshülfe und gerichtlichen Arzneikunde, Stendal, 1801. 8.
1327. Löning, E. H. De placentae solutione. Heidelb. 1816.
1328. Lonicerus, A. Constitutio et normae obstetricum. Francof. ad Moen. 1573. Fol. Auch teutsch: Ordnung f. d. Hebammen. Frankf. 1573 8.
1329. Lopez, F B S. y. Reflexiones contra la dissertacion de la operacion del parto cesareo D. M. Zapata. Mad. 1730. 8.
1330. Lorinser, C. J. Versuche u. Beobachtungen über die Wirkung d. Mutterkorns auf d. menschlichen u. thierischen Körper. Berl. 1824. 8.
1330a. Lorry, A. C. Q. An parturienti, accedente haemorrhagia uterina, diversa pro diverso casu encheiresi, partus promovendus? Paris. 1758. 8.
1331. Loschge. Progr. de commodis ex singulari infantum calvariae structura oriundis. Erl 1795.
1332. Lossius, J. C. Progr de arte obstetricia Socratis sive de institutione. Lips. 1785. 4.
1333. Louis, A. De partium externarum generationi inservientium in muliebribus naturali, vitiosa et morbosa dispositione. Paris. 1754.
1334. — Mémoire contre la legitimité des naissances prétendues tardives. à Paris, 1764. 8. Supplément au mémoire contre la legitimité etc. Ibid. 1764. 8.
1335. Lucae, S. C. Phys. med. Untersuchungen über einige Gegenstände der Lehre vom Zeugungsgeschäfte, insbesondre des Mannes. Frankf. 1813 8.
1336. Lucina sine concubitu. à Londres. 1752. 8.
1337. Ludwig. C. G Progr. de fallaci judicio vulgi super vi imaginationis maternae in fetum observata quaedam. Lips. 1759. 4. c. tab. aen.
1338. — De nutritione puerperarum non lactantium. 1767. 4.
1339. Lüders, J. F., praes. F. Hoffmann. Diss. de haemorrhagia uteri. Hal. 1730.

1340. Lützelberger, C. H. T. Diss. de quibusdam gravidarum symptomatibus, praecipue de varicibus, oedemate pedum. Jen. 1791.
1341. — Handbuch f. Hebammen sowohl als zum Unterricht und Lesebuch überhaupt. Kob. u. Leipz. 1801. 8.
1342. Lufage. Sur les maladies de nouveaux-nés. Paris, 1812. 4.
1343. Lystenius, C. L. J., praes. Juncker. Diss. de molis. Halae Magdeb. 1749. 4.

M.

1344. Maidai, C. A., praes. Ph. A. Boehmer. Diss. anatomen ovi humani foecundati sed deformis trimestri abortu elisi. Fig. illustr. Halae, 1763. 4. c. progr praes. de uracho hum.
1345. Madduk. On the extraction of the placenta. 1818. (Cf. Murdach.)
1346. Magazin, hamburgisches für die Geburtshülfe von J. J. Gumprecht und J. W. Wigand. Hamb. 1807. 1808. 8. — Später v. Wigand allein herausg.
1347. — Hamburger für die ausländische Literatur der gesammten Heilkunde von J. J. Gumprecht u. H. G. Gerson. 1817. seq. Berlin. 8.
1348. — d. ausländischen Literatur der gesammten Heilkunde u. Arbeiten d. aerztlichen Vereins in Hamburg; v. H. G. Gerson u. N. H. Julius. Hamb. 1821. bis auf d. jetz. Zeit. 8.
1349. — ΄ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ, toegewyd van den gehaelen omwang de Geneeskunde etc. Uitgegeven door C. A. L. Sander on G. H. Wachter. Rotterd. 1814-1819. IV Deel. 8.
1350. — for Naturvidenskaberne. Christiania. 1825.
1350a. — geneeskundig Delft. 1801. seq. 8. Vol 1-2.
1351. Malacarne, V. La explorazione proposta come fondamento dell' arte ostetricia. Milano. 1791 8.
1351a. — Lezioni academichi de' monstri umani de caratteri fondamentali su cui ne se stabilirono la classificazione e delli indicationi che presentano nel parto. Padua. 1801.
1351b. Malago, P. P.: Della sezione cesarea e de' vantaggi, che ella ha sopra la sinfisiotomia. Ferrara 1815. 4.
1352. (Maler, F. W. u. Zandt.) Unterricht in der Geburtshülfe f. d. Hebammen d. Grossherzogth. Baden. Karlsr. 1809. 8.
1353. Mampe, C. F. Diss. in. med. obstetr. de partus humani mechanismo. Halae, 1821. 8.
1354. Mangel, L. Diss. de gravidarum et parturientium convulsionibus Argentor. 1810. 4.
1355. Mangor, Ch. C. E. et Fries, Ch. Lodberg. De exploratione obstetricia. Hafn. 1764. 4.
1355a. — Kort underretning om frugtsommeliges og barselkoners levemaade og pleie. Kiobenh. 1794. 8.
1356. Manningham, R. Artis obstetriciae compendium, tam theoriam quam praxin complectens. Lond. 1739. 4. Duabus disquisitionibus altera, — praestantiam et usum forcipis Anglicanae in partu difficili etc. auctum; auct. P. A. Boehmer. Halae. 1746. 4. c. duab. fig.
1356a. — Aphorismata medica, quibus valetudo mulierum utero gerentium depingitur. Lond. 1756. 8.

1357. Mansfeld. Ueber das Alter des Gebärmutterschnittes bei Lebenden. Braunschw. 1824. 8.

1358. Mapp, M., resp. Essich. Diss. Quaestio med. physiologica de aquis, in quibus tempore graviditatis fetus humanus quasi natat. Argent. 1685. 4.

1359. — Historia medica de acephalis. Argent. 1687. 4. c. 2 tab. aen.

1360. Marchand, J. Declamationes in apologiam F. Rosseti, quibus παραδοξον de cesareo partu impugnatur. Paris, 1598. 8.

1361. Marchandet, J. Histoire mémorable advenue en Franche-Comté, d'une femme, qui a produit un enfant par le nombril aprez avoir porté 25 mois et demi. Lion. 1611. 12.

1362. de la Marche, Margarethe du Tertre, veuve de sieur de la M. Instruction familiere et très-facile, fait par questions et reponses touchant toutes les chauses principales, qu'une sage-femme doit sçavoir pour l'exercice de son art, à Paris. 1677. 1691. 8. Verm. durch Louise Boursier. Paris. 1712. 12.

1363. Marold, J. O. Diss. de abortu per vomitum rejecto. Altorf, 1669. 4.

1364. Marschall, H. G. Die Aerztin für Mädchen, Mütter u. Kinder; auch unt. d. Tit: Unterricht zur Pflege d. Ledigen, Schwangeren, Mütter u. Kinder in ihren besonderen Krankheiten u. Zufällen: ein Volksbuch etc. 3 Abtheil. Offenb. 1789-1796. 8.

1365 Martens, F. H. Diss. sistens criticen forciparum nonnullarum in arte obstetricia usitatarum. Jen. 1800 8.

1365a. — Kritik der neuesten Geburtszangen. Jen. 1800.

1366. — Versuch e. vollständigen Systems d. theoretischen und praktischen Geburtshülfe. Leipz. 1802. 8.

1367. — Kritisches Jahrbuch zur Verbreitung der neuesten Entdeckungen u. Beförderung der Aufklärung in d. Geburtshülfe u. s. w. Leipz. 1802. 8.

1368. — Tabellarische Uebersicht der praktischen Entbindungskunst in Hinsicht auf die verschiedenen Lagen des Kindes u. d. wichtigsten Manual- u. Instrumental-Operat. Jen. 1805. Fol.

1369 — Beschreibung u. Abbildung e. sonderbaren Missstaltung der männlichen Geschlechtstheile v. M. Dorothea Derrier aus Berlin. Leipz. s. a. 4. m. 2 K.

1369a. Martin, F. X. Systema positionum infantis ad partum naturalem. Monachii, 1828. 4.

1370. von Martius, H. Abhandl. über d. Geburtshülfe. Aus d. Chines. Freib. 1820. 8.

1371. Marxsen, J. Diss. in. de partus praematuri artificialis c. synchondrotomia et sectione caesarea comparatione. Kiliae 1820. 4.

1372. Maser, De erroribus obstetricum. Argentorat. 1726.

1373. Maugars, Diss. sur les signes de la conception et des différentes espèces de la grossesse. Paris 1802. 8.

1374. Mauriceau, F. Traité des maladies des femmes grosses et des celles, qui sont nouvellement accouchées etc. à Paris 1668, 4. m. K. II. ed. 1675. 4. — Uebersetzt ins Teutsche. Strassb. 1732. 4. Ins Engl. v. H. Chamberlain. Ins Holländische, Tractaat van de Siektens der Swangere Vrouwen

en der gene, die eerst gebaart hebben. M. Fig. daer toe-noodig. Door F. Mauriceau. Tweede druk. Verm. met eenige Verhandelingen etc. etc. Door P. Camper. Amsterd. 1759. 4.

1375. Mauriceau, F. Der schwangeren u. kreissenden Weibspersonen allerbeste Hülfsleistung. A. d. Franz. m. K. Nürnb 1681. 8.

1376. — Observ. sur la grossesse et l'accouch. des femmes et sur leurs maladies et celles des enfans nouveaux nés. Paris 1706.

1377. — Dernières observations sur les maladies des femmes grosses et accouchées. à Paris 1728. Teutsch v. M. Schurig. Dresden 1709.

1378. — Aphorismes touchant la grossesse, l'accouchement, les maladies etc. et autres dispositions des femmes. Paris. 1694. — Teutsch: Des Frauenzimmers Wohlwesens Frankf. 1716. 8.

1379. Mawbray, J. Midwifery brought to perfection by manual operation. Lond. 1725. 8.

1380. — The femal physician. Lond. 1724. 4.

1381. May, F. A. Diss. sistens fata et funera puerperarum ex solutione placentae artificiali oriunda. Heidelb. 1787.

1382. — Progr. de necessitate partus quandoque praemature vel solo manuum, vel instrumentorum adjutorio promovendi. 1799.

1383. (—) Stolpertus, ein junger Arzt am Krankenbette. Mannh. 5 Theile. 1800-1807.

1384. Mayer, J. F. Die Geburt zweier an den Bäuchen zusammengewachsener Kinder. Frankf. a. M. 1772. 8. m. 1 K.

1385. — J. C., resp. J. C. S. Hildebrand. De dilaceratione velamentorum et de convulsionibus parturientium etc. Traj. ad Viadr. 1784. 4.

1386. — resp. A. J. L. Masburg. Aphorismi de causis abortum procurantibus subjuncto exemplo, cui ingratus odor occasionem dedit. Franc. ad V. 1780. 4.

1387. — J. Ch. A., Anatomische Kupfertafeln nebst d. dazu gehörigen Erklärungen. Berlin 1783-1794. 6 Hefte. gr. 4.

1388. — A. F. J. C. Beschreib. e. Graviditas interstitialis uteri, nebst Beobachtungen, über d. merkwürd. Veränderungen, welche d. weiblichen Genitalien und namentlich d. Uterus im hohen Alter erleiden. m. K. Bonn 1825. 4.

1389. — M. Diss. de utero duplici. Berol. 1822.

1390. — C. G. De polypis uteri comment. med. chir. c. tab. aen. Berol. 1821. 4.

1391. Mayfeld. Historia partus difficilis ex spastica strictura uteri circa placentam Altorf. 1732. 4.

1392. Maygrier, J. P. Nouvelle méthode pour manoeuvrer les accouchemens. à Paris 1802. 8. nouv. edit. 1804. 8. Uebers. unter d. Titel: Neue Methode d. praktischen Entbindungskunst zur Vereinfachung d. Handgriffe bei Ausübung derselben, bearb. und mit Anmerk., Zusätzen, e. Tabelle und Kupfer bereichert, v. F. H. Martens. Leipzig. 1804. 8.

1393. — Diss. sur la délivrance. Paris 1804.

1394. — Nouveaux élemens de la science et de l'art des accouchemens. Paris 1815. 8. seconde edit. 1817.

1395. — Nouvelles demonstrations d'accouchemens, avec des planches en taille-douce, accompagné d'un texte raisonné propre à en faciliter l'explication. Fasc. I-XX. Paris. 1822-1827. Fol. M. 80 Kpfert.

1396. Mazini, J. B. Conjecturae physico-med hydrostaticae de respiratione foetus. Brixiae. 1738. 4. m. K.
1397. Mear, M. The pupil of nature, ora candid advice to the fair sex. Lond. 1797. 8. Wohlmeinender Rath für gebildete Frauen über Schwangerschaft u. Wochenbett. A. d. Engl. v. E. Henschel. Breslau. 1804.
1398. Mebes, De abortu. Berol. 1811.
1399. Meckel, P. F. Disp. de Aedoeopsophia. Hal. 1795. 8.
1400. — Journal für anatomische Varietäten etc. Halle. 1805, 8.
1401. — J. F. Handbuch d. pathol. Anatomie. Leipzig, 1812-1818. 8.
1402. — Deutsches Archiv f. d. Physiologie. Halle 1815-1821.— Jetzt unter dem Tit.: Archiv für Anatomie und Physiologie. Leipzig.
1403. — Descriptio monstrorum nonnullorum et corollariis anatomico-physiologicis. Lips. Parisiis et Londini. 1826. 4. c. tab. aen. VI.
1404. Meggenhofen, C. A. Diss. in. sistens indagationem lactis muliebris chemicam. Francof. ad Moen 1826.
1405. Meier. Diss. de partu difficili et laborioso ob augustam nimis et depravatam pelvim. Argentor. 1777.
1406. Meinhard, G. Ch Diss. de abortu. Berol. 1823. 8.
1407. Meinicke, J. G. Diss. mammarum structuram et morbos sistens. Viteb. 1805. 4.
1408. Meinis, J. The midwifers — pocket — companion; or a practical treatise on midwifery. Lond. 1765. 8.
1409. Meirieu, A. P. Table synoptique des accouchemens, d'après d'une division naturelle et une reduction des positions du foetus avec la manoeuvre de chacune d'elles. Paris. 1821. Fol.
1410. Meissner, F. L. Diss. nonnulla ad doctrinam de secundinis ac de superfoetatione continens. Lips. 1819. 4.
1411. — Ueber die Polypen in den verschiedenen Höhlen des menschlichen Körpers. Leipz. 1820.
1412. — Die Dislocationen der Gebärmutter u. d. Mutterscheide etc. Leipzig 1821 u. 1822. 8. 3 Theile.
1413. — Ueber die physische Erziehung der Kinder in den ersten Lebensjahren. Leipzig 1824 8.
1414. — Was hat das neunzehnte Jahrhundert für die Geburtshülfe gethan. Zeitraum 1801-1825. Leipzig 1826. 8
1415. Meli. Della proprietà vitale dell' utero gravido e de parti, que avvengono dopo la morte della pregnante; diss. Milano. 1822.
1416. Melitsch, J. Nachricht v. d. Privatvorlesungen u. e. ähnlichen practischen Entbindungsinstitute. Prag 1789. 8. 2te Nachricht. 1790. 4. 3te Nahricht. 1792. 4te Nachricht. 1793. 4.
1417. — Abhandlung v. d. sogenannten Umbeugung d. Gebärmutter. Prag 1790. 8.
1418. — Vier Abhandlungen über d. Geburtshülfe. Prag 1793. 8.
1419. Melli, S. La commare levatrice instrutta nel suo ofizio opera. Venet. 1721-1737-1750. 4.
1420. Melzer, A. De diminuendo sub partu foetus capite. Laibaci. 1821. 8.
1421. Memoires de l'academie royale de chirurgie à Paris. Tom. I-V. Paris 1743-1774.
1422. — de l'academie de Dijon, Dijon. 1769 et suiv.

1423. Memoires nouveaux de l'academie de Dijon. 1782 et suiv.
1424. — de la societé medicale d'emulation etc. à Paris Tom. 1-8. 1797-1817. 8. A. d. Franz. II. u. III. Bd. Leipz. 1803. 8.
1424a. — de la societé de med. de Paris. Paris 1817. 8.
1424b. — de l'Academie royale des sciences et belles lettres. à Berlin. l'an 1744-1769. XXV Vol. 4.
1424c. — nouveaux de l'academ. r. des sc. et b. lettr. à Berlin 1770-1788. 4.
1424d. de mathematique et de physique. présentés à l'academie royale des sciences par divers sçavans. à Paris. 1750-1786. 4. XI Volum.
1424e. — de l'academie des sciences. Paris 1691.
1424f. — de l'academie royale des sciences de Turin. à Turin. 1786-1790. IV. Vol. 4.
1425. — of the medical Society of London, instituted in the year 1773. Vol. 1-6. Lond. 1787-1805. 8.
1426. — academices de la real sociedad de medicina y demas ciencias de Sevilla. Madrid u. Sevila. 1766-1793. X Tom. 4. 8.
1427. — della real' accademia di Torino. Tor. 1786. et seq. 4. m. K. XXIII. Volum.
1427a. — dell' instituto nazionale Italiano. Classe di Fisica et Mathematica.
1428. — de Mathem. e Physic. da Academ. R. das Science de Lisban.
1428a. — della soc. med. di Emulazione di Geneva.
1429. — di Matematica e di Fisica della Soc. ital. delle Science. Verona 1782. 4. m. K. XVII Vol.
1430. Mende, L. J. C. Ausführliches Handbuch der gerichtlichen Medicin. Leipzig 1819.
1431. — Die Krankheiten der Weiber. 2 Bde. Leipz. 1810. 1811. 8.
1432. — Beobachtungen u. Bemerkungen a. d. Geburtshülfe und gerichtlichen Medicin, nebst fortlaufenden Nachrichten über d. Ereignisse d. königl. Entbindungsanstalt zu Göttingen. Gött. 1824 bis auf d. jetzige Zeit.
1433. — Die menschliche Frucht, das Fruchtkind, und das Kind kurz vor, in und gleich nach der Geburt. Gött. 1827. 8.
1434. — Commentatio anatom.-physiol. de hymene s. valvula vaginali. C. tab. aen. Goett. 1827. 4.
1435 Mendel, M. H. Ueber d. populären Vortrag beim Hebammenunterricht. Breslau 1807. 4.
1436. — Lehrbuch der Geburtshülfe für Hebammen. Breslau 1810. 8.
1437. — De perinaei cura in partu. Vratislav. 1812. 4.
1438. — Versuche u. Beiträge geburtshülflich. Inhalts. Bresl. 1818. 8.
1439. Menghin. De signis vitae et mortis recens natorum. Vindob. 1768.
1440. Mensching, E. G. De exploratione. Rostochii. 1793.
1441. Menzer, J. P. B. De sellae obstetriciae usu et optima ejus forma. Goett. 1802. 8. m. K.
1442. Mercurio, S. La commare et raccogliatrice. Divis. in tre libri. Edit. corr. et accresc. di tratti del colostro e Battesimo etc. Verona. 1642. 4. c. fig. — Ite Ausg. Venez. 1604. 4.; sodann Ven. 1607. 1620. 4. Milan. 1618. 8. Venet. 1642. 4.

Veron. 1652. 1662. 4. — Teutsch : Kindermutter oder Hebammenbuch etc. von G. Welsch. Leipzig 1652. 4. Zweite Ausg. 1671. m. K.

1443 Merriman, S. On retroversion of the womb. London 1810 (1812). 8.

1444. — A Synopsis of the various Kinds of difficult parturition with practical remarks on the management of Labours Lond. 1814 8. — Die regelmässigen Geburten u. ihre Behandlung. A. d. Engl. v. Dr H. F. Kilian. M. 5 lithograph. Tafeln. Mannheim u. Leipzig. 1826. 8.

1445. Merschhoff, H. A. De placentae solutione artificiali. Lips. 1817. 8.

1446. Mesday, R. R. De partu difficili instrumentis secantibus absolvendo. Groening. 1810. 8.

1447. Mesnard, J. Le guide des Accoucheurs, ou le maitre dans l'art d'accoucher les femmes et de les soulager dans les maladies et accidens, dont elles sont très-souvent attaquées. Le tout en forme d'examen. à Paris, 1743. 8. avec figur. édit. 2 1753. Teutsch. Copenh. 1746.

1448. Metzger, J. D. Progr. de pulmone dextro ante sinistrum respirante. Regiom. 1783. 4.

1449 — De controv. fabrica musculosa uteri. Regiom 1783. 1790.

1450. — resp. Frankenstein. De versionis in partus negotio periculis. Regiom. 1797.

1461. — J. U. De vanitate medicamentorum pellentium in partu difficili. Argent. 1747. 4.

1462. Meyer, N. Geschichte e. durch den Kaiserschnitt glücklich beendigten Entbindung. M. K. Frankf 1821. 8.

1463 de Meza, Ch. J. T. Tractat. de quibusdam notabilioribus objectis ad artem obstetricandi spectantibus. Hafn. 1783. 8.

1464. Mezler, J. C. Diss. de abortu. Erford. 1693 4.

1465. Michaelis, G. F. Diss. in. chirurg. de orificii uteri cura clinica atque forensi. Lips. 1756. 4.

1466. — G. P. Diss. sistens observ. circa placentae ac funiculi umbilicalis vasa absorbentia. Goett. 1794. 4. (Uebers. in Schreger's Beiträgen zur Saugaderlehre.)

1467. — J. G. D. De placenta humana, anat pathol. et therap. considerata. Erford. 1792. 4. (1783.)

1468 Michell. De synchondrotomiae pubis utilitate in partu difficili. Lugd Bat. 1781. 4. Ins Teutsche übers. von Ludwig. Leipz. 1784.

1469. — Commentarius de Synchondrotomia. Amstel. 1784.

1470 Michels, C. P. Diss. in de partu propter praeviam placentam praeternaturali. Rostochii, 1823.

1471. Micksch, H. J. Diss. in. de perfor. cranii. Lips. 1828. 4.

1472. Midwifery, the London practice of Midw. 4. edit.

1473 — the modern practice of M. Lond. 1773. 8.

1474. — Midwives man, the danger and immodesty of the custom of unnecessarly employing m. Midw.; by a man midwife. Lond 1772. 8.

1475. Miller, M. L. Diss. de varicibus. Altdorf. 1680.

1476. Millot, J. A. Observation sur l'opération dite césarienne, faite avec succès. à Paris, 1799. 8.

1476a. Millot, J. A. Die Kunst, sogleich beim Beischlafe das Geschlecht des Kindes zu bestimmen. A. d. Franz. Leipz. 1802.
1477. — Supplément à tout les traités tant étrangers que nationaux, anciens et modernes sur l'art des accouchemens. Paris. 1804. 8. Second. édit Paris, 1809. 2 Bde. 8. m. K.
1478. Miguel, A Traité des convulsions chez les femmes enceintes, en travail et en couche Paris. 1823. 8. Abhandlung von den Convulsionen der Schwangeren, Gebärenden u. Wöchnerinnen. A. d. Franz. v. L. Cerutti Leipz 1824. 8.
1479. Miscellanea curiosa s. Ephemerides medico-physicae germanicae naturae curiosorum. Lips. et Norimb. 1670. et seq. (Of Acta et ephemerides acad. caes. etc.
1480. Mittelhaeuser, J. D. Praktische Abhandlung vom Accouchiren, in welcher die Instrumente, die dabei zu gebrauchen sind, nebst d. Art u. Weise, wie sie bei verschiedenen schweren Geburten sind angewendet worden, sammt anderen sonderbaren Zufällen schwangerer u. kreissender Frauen u. s. w. Leipz. 1754. 8.
1481 Mitthof, A. L. G. De comparatione inter versionis negotium et operationem instrumentalem. Erl. 1788.
1482. Mac' Keever, Th. Practical remarks on lacerations of the uterus and vagina with cases. Lond. 1824 8.
1483. Moeller, L. Diss. de pronatione uteri post partum, morbo atroci, nondum descripto. Marb. 1803. 8.
1483a. Moench, G. D de vaginae Anatomia, Physiologia et Pathologia. Halae, 1828. 8.
1484. Mohr, G. F. Die gebärende Frau sammt ihrer Leibesfrucht in Lebensgrösse sowohl durch Kunst abgebildet, als auch von einem Todtengerippe genommen u. s. w. 3te u. verm. Aufl. Hirschf 1757. 8
1485. Mohrenheim, J. von. Wienerische Beiträge zur Arzneikunde, Wundarzneik. u Geburtshülfe. I. Bd. Wien. 1781. 2. Bd. Dessau. 1783. 8.
1486. — Abhandlung üb. d. Entbindungskunst, zum Nutzen des russischen Reichs verfasst. I. Bd. m. K. Petersb. 1791 Royal Fol.
1487. Montalbano, F. A. Dei Segni della verginita pressogli antichi. Lettera di G. A al Signore F. A. Montalb. 1790. — Zeichen u. Werth der verletzten u. unverletzten Jungfrauschaft etc. 2te Aufl. Berl. 1795. m K. 8.
1487a. Moore, W. Elements of midwifery. Lond 1777. 8.
1487b. Morandi, A.: Trattate universale teorico e pratico de' parti, necessario alla mammane ai chirurgi ed ai medici. Venez 1788 8.
1487c. Moraud, J. F. C.: E. in partu difficili sola manus instrumentum Paris. 1762. 4
1488. Morgenbesser, J. G. De foetus non vitalis partu dirigendo. Francof. ad Viadr. 1767 4 c. tab
1489. — Abhandlung v. d Nothwendigkeit d Zufühlens. Bresl. 1773.
1490. Morgenstern, F. S. Unterricht in der Hebammenkunst u. s. w. Magdeb. 1779. 8.
1491. Moschion. Μοσχιονος περι των γυναικειων παθων. Moschionis de mulierum passionibus liber ed F. O. Dewez. Vien. 1793. 8. m. 1 K. — Cura C. Gesneri. Basil. 1566. 4. Cura Isr. Spach. Argent. 1597. Fol.

1492. de la Motte, G. M. De la generation. Paris. 1718. 12.
1493. — Traité complet des accouchemens naturels et non naturels et contre nature. Paris. 1721. 8. Leid. 1729. 4. Nouv. édit. augment. etc. T. I et II. à Paris, 1765. 1767. 8. — A. d. Franz. v. J. G. Scheid. Strassb. 1732. 4.
1494. — Reponse au livre (de Hecquet) de l'indecence aux hommes d'accoucher les femmes. Paris. 1718. 12.
1495. Motz, G. D. De structura, usu et morbis ovariorum. Jen. 1789. 4.
1495a. Moulin, E.: Cours pratique d'accouchemens. Paris, 1821. 8.
1496. Muehlmann, A. De graviditatis diagnosi saepe dubia. Berol. 1826. 8.
1497. Müller, G. G. De situ uteri obliquo in gravidis. Argent. 1731. 4.
1498. — J. J. De rupto in partu utero. Basil. 1745. (Recus. in Halleri diss. chir.)
1499. — J. G., praes. Beireis. Diss. de caussis cur feminae in Germania partubus laboriosis prae aliis gentibus magis sint obnoxiae. Helmst. 1769 4.
1500. — B. Uterus gravidus physiologice et pathologice consideratus. Goett. 1725.
1501. — J. F. Diss. sistens sexus sequioris, ovi, nutritionis foetus, atque nexus inter placentam et uterum brevem historiam. Jen. 1780. 4. (Recus. in Schlegel's syll. opusc. ad art. obst.)
1502. — J. L. Von Verbesserung der Hebammen auf d. Lande. Rostock. 1756. 4.
1503. — J. De respiratione foetus. Comment. physiol., in Academia borussica Rhenana praemio ornata. c. tab. aeri incis. Bonn. et Lips. 1823. 8maj.
1504. — F. A. Diss. de hysterotomia. Lips. 1800. 4.
1505. — J. D., praes. B. C. Otto. De opportuna morborum lactant. fecibus infestorum prophylaxi. Frankf. a. d. O. 1805. 8.
1506. — C. H. Diss. in. de singulari in puerperarum pudendis exulceratione. Lips. 1828. 4.
1507. Müllner, W. J. Wahrnehmung v. einer sammt dem Kinde ausgefallenen Gebärmutter. Nürnb. 1771.
1508. Mürdel, M. Diss. anat. physiol. sistens annotationes de velamentis foetus. Tub. 1821.
1509. Mulder, J. Historia litteraria et critica forcipum et vectium obstetriciarum. Lugd. Bat. 1794. 8. c. XI tab. aen. et IV tab. dimens. Fol. transv. — Ins Teutsche übers. u. verm. von J. W. Schlegel. Leipz. 1798. 8.
1510. — Overzigt van de vernaamste Gevaller, welke in het Stoelen Boedkundig Akademisch Zickenhuis te Groningen van den Jare 1809 tot 1810 zyn waargenommen. Amst. 1824.
1511. Muralt, Kinderbüchlein oder Unterricht, wie sich Wehemütter gegen Weiber in d. Geburt u. s. w. verhalten sollen. Zürich. 1689. 8. Basel. 1698 8. m. Fig.
1512. Murdoch, J. Observations on the extraction of the placenta. Lond. 1818. 8.
1513. Murray. Diss de abortu. Edinb. 1787.
1514. — A., def. Dahl. Diss. in partum praeternaturalem cum clunibus praev. meditationes. Upsal. 1797. 4. (Rudolphi Schwed. Annalen.)

1515. Murray, A., resp. Wenner. Atresia ani vesicalis singulari observatione illustrata. Upsal. 1794. 4. c. tab. aen.
1516. — Diss. in uteri retroversionem animadversiones. Upsal. 1797.
1517. Mursinna, Ch. L. Abhandl. von den Krankheiten der Schwangeren, Gebärenden u. Wöchnerinnen. 2 Bde. Berl. 1792.
1518. — Journal für Chirurgie, Arzneikunde u. Geburtsh. 2 Bde. Berl. 1800.
1519. — Neues Journal etc. I. Bd. 1803.
1520. — Neuestes Journal etc. 1817.
1521. Berichtigung e. Sendschreibens J. P. Hagen's an J. C. Stark in Jena, zwei merkwürdige u. schwere Geburtsfälle betreffend. Berl. 1791. 8.
1522. Musitanus. Weiberkrankheiten, worin d. Erzeugung d. Menschen auf d. genaueste untersucht etc. A. d. Lat. Leipz. 1724. 8.
1523. Museum der Heilkunde, v. d. helvet. Gesellschaft correspondirender Aerzte u. Wundärzte. Zürich. 1792-1797. I-IV. Bd. 8.
1524. Mylius, C. G. De signis foetus vivi et mortui. Jen. 1789. 4.
1525. — G. H. De partu undecimestri. (Goett. 1799.)

N.

1526. Naaldenberg, A. Spec. obstetr.-med. sistens observationem de lethali inter parturiendum uteri ruptura. Leeuwarden. 1801. 8.
1527. Nachgeburt, einige Worte an Gattinnen u. Mütter üb. das zu frühe Wegnehmen der N. Hamb. 1802. 8.
1528. Naegele, F. C. Erfahrungen u. Abhandlungen a. dem Gebiete der Krankheiten d. weibl. Geschlechts. Nebst Grundzügen e. Methodenlehre d. Geburtshülfe. Mannh. 1812. 8. m. K.
1529 — Ueber d. Mechanismus d. Geburt. Heidelb 1822. 8. (Besond. abgedr. aus Meckel's Arch. f. d. Physiologie.)
1530. — Das weibliche Becken, betrachtet in Beziehung auf seine Stellung und die Richtung seiner Höhle, nebst Beiträgen zur Geschichte d. Lehre v. d. Beckenaxen. Carlsr. 1825. 4. mit 3 lithogr. Taf.
1531. — Progr., in quo disseritur de jure vitae et necis, quod competit medico in partu. Heid. 1826. 4.
1531a. — on the mechanism. of parturition, from the German by E. Rigby. Lond. 1829.
1532. Nagel, N. De abortu. Vien. 1780. 4.
1533. Nannoni, L. Trattato di obstetricia, e di lei rispettive operazioni. Siena. 1786. 8. II. Vol. — Die 2te edit. aumentata dell' autore, e riprodotta alla luce dal D. G. G. Santerelli. Pisa. 1794. kl. Fol. m. 2 K.
1534. Nauche. Des maladies de l'utérus. Paris. 1816. 8.
1534a. Navas, J. de: Elementos de la arte de partear. Vol. 1 et 2. Madr. 1799. 4.
1535. Nebel. Progr. de synchondrotomia. Giess. 1780.
1536. — D. W. Diss. de vitiis papillarum mammarum lactationem impedientibus eorumque medela. Heidelb. 1793. 4.
1537. Nedel, F. W. Vorschlag einer neuen Verfahrungsart, d. Ruptur d. Perinaeums bei d. Geburt zu verhüten u. d. erfolgte zu heilen. Magdeb. 1806. 8.

1538. Needham, G. De formato foetu. Lond. 1667. 8.
1539. Nesbit, R. Diss. de partu difficili. Lugd. Bat. 1721. 4.
1540. Nessi, Giuseppe. Arte obstetricia teorico pratica. Pavia. 1779. 8. 2te edit. Venez. 1790.
1541. Nettmann, J. F. Diss. sistens sectionis caesareae hist. Halae 1805. 8.
1542. Neubauer, J. E. De triplici nympharum ordine progr. Halae. 177 . 4. c. 2 tab aen.
1543. Neufeldt, G. L. Diss. in. de asphyxia recens natorum. Gryphiswald. 1823. 8.
1544. de Neufville, L. Diss. med. περι την αλλατοειδεως sive de membrana allantoide. Lugd. Bat. 1736. 8.
1545. Newnham, W. Essay on the Symptoms, Causes and Treatment of Inversio uteri, with a history of successful extirpation of that organ during the chronic state of the disease. Lond. 1818.
1546. Nicolai, E. A. Von d. Erzeugung d. Kindes im Mutterleibe und d. Harmonie, welche die Mutter während der Schwangerschaft mit demselben hat. Halle. 1746. 8.
1547. — Gedanken v. d. Erzeugung der Missgeburten u. Mondkälber. Halle. 1749 8. m. 1 K.
1548. Nicand. Historia memorabilis foeminae, bis triennio per hypochondria parientis. Paris. 1644. 8.
1549 Nicolay, F. C. Unterricht f. Hebammen. Düsseld. 1809. 8.
1550. Niemeyer, G. H. Ch. Diss. de menstruationis fine et usu. Gotting. 1796. 8.
1551. — C. E. Singularis in fetu puellari recens edito abnormitatis exemplum descriptum et 2 tabl. aen. illustratum. Hal. 1814. 4.
1552. — W. H. Zeitschrift f. Geburtshülfe u. praktische Medicin. Eine Sammlung eigener u. fremder Beobachtungen u. Erfahrungen. 1. Bd. 1s Heft. Halle. 1828. 8.
1553. Niethe, J. D. T. Diss. de partu post mortem. Berol. 1827. 8.
1554. Nigrisoli, H. Progymnasma de romana muliere per biennium in utero gerente. Guastalla. 1665. 4.
1555. Nihell, Elisabetha. Treatise on the art of midwifery setting forth various abuses therein, especially as to the practice with instruments. Lond. 1760. 8.
1556. Nissen, W. Beschreibung meines sehr bequemen, einfachen u. wohlfeilen Entbindungslagers etc. Hamb. 1801. 4. m. K.
1557. Nistler, J. L. De generalibus artis obstetriciae indicationibus. Jen. 1800.
1558. Nitzsche, K. F. Diss., in qua theoriae generationis praecipue c. veteris tum recentioris aevi exponuntur. Vratisl. 1817.
1558. Noe, J. Précis de pratique du manuel des accoechemens contre nature. Paris. 1792. 8.
1559 Nolde, A. F. Diss sistens momenta quaedam circa sexus differentiam. Gotting. 1788 8.
1560. — Beiträge zur Geburtshülfe. 1s Stück Rostock 1801. 2s St. Erfurt 1808 u. 1810. 3s St. Erfurt 1811. 8.
1561. — Gedanken über d. zweckmässigste Einrichtung und Benutzung öffentlicher Entbindungsanstalten. Braunschw. 1806. 4.
1562. — Notizen zur Culturgeschichte d. Geburtshülfe in d. Herzogthum Braunschweig. Erfurt 1807. 8.

1562a. Nolde, A. F. Ueber die Grenzen der Natur u. Kunst in d. Geburtshülfe. 2te Aufl. Erfurt 1816.
1563. Noortwyk, W. Uteri humani gravidi anatome et historia. Lugd. Bat. 1743. 4. c tab.
1564. Nordmann, J. P. De ischuria gravidarum. Argent. 1758. 4.
1565. Noreen, J. Diss. de mutatione luminum in vasis hominis nascentis in specie de uracho. Goett 1749. 4. c. tab. aen.
1566. Nothnagel, C. Diss. de auxilio in secundinarum partu ferendo. Marb. 1816. 8.
1566a. Nouvelles instructives, ou Annales de chirurgie, médicine et pharmacie; redigé p. A. J. Retz. Vol. 1-9. Paris 1785-179 . 8.
1567. Nüsch, G. Von den Mutterblutflüssen während d. Schwangerschaft u. Geburt, u. v. d. Sitze d. Mutterkuchens auf d. Muttermund. Würzb. 1817. 8.
1568. Nunnez, P. Libro del parto humano en el qual se contienen remedios utiles y novales para el parto dificultuoso de las mugeres, con otros muchos secretos a ello pertinencientes y a la ensermidades de los ninnos. Sarag. 1638. Nova et aucta edit. a H. Ayala. Valent 1639 Madr. 1724. 4.
1569. Nuss, P. Diss. de partubus difficilibus aut per vires naturae non perficiendis ob statum irregularem virium expellentium et curatione eorum. Heidelbergae 1819.
1570. Nymmann, De vita foetus in utero. Witteb. 1628.

O.

1571. Oberlin, P. J. De haemorrhagia uteri. Argent. 1767. 4.
1572. Obermeyer, J. R. Ausführlicher Unterricht in d. Entbindungskunst u. s. w. Sulzbach 1791. 8. 1798. 8.
1573. Observations medical and Inquiries, by a society of physicians in London. Vol. I-VI. Lond. 1754-1784. 8. — A d. Engl. Altenburg 1759-1787. 8. Vol. VII.
1573a. Ostetricia, del arte, fogli periodici con rami colorati. Bologn. 1788. 8.
1574. Oehler, F. E. Prolegomena in embryonis humani pathologiam. Lips. 1815. 8.
1575. Oehmen, J. A. Sophia oder weibliche Klugheit, das ist d. Kunst, wodurch sich ein Frauenzimmer in ihrer Natur erkennen, bei erregten Krankheiten selbst rathen kann u. s. w., nebst e. Gespräch v. d. Geburtshülfe. Dresden. 1742. 8.
1576. Oettinger, H. Ueber d. angeborne Aftersperre. Würzb. 1826.
1577. Ohrtmann, G. Diss. de secundinarum retardatione. Berol. 1827. 8.
1578. Oken, L. Die Zeugung. Bamb. u Würb. 1805. 8.
1579. Olimpia, die Hebamme, ein Fragment. Leipz 1783. 8.
1580. Omodei, A. Annali universali di Medicina. Milano. 1817 et seq. I-XII. Vol. 8.
1581. Oneides. De hernia uteri. Lugd. Bat. 1680.
1582. Onymus, J. De naturali foetus in utero materno situ. Lugd. Bat. 1743. —
1583. Orth, G. F. praes. J. A. Camerario, Diss. in. med. de fetu XLVI. annorum. Tubing. 1720. 4. c. tab. aen.

1584. Osann, A. W. praes. Rolfinc. Disput. de mola. Jen. 1662.
1585. Osborn, W. Essay on laborious parturit. Lond. 1783. 8.
1586. — Essays on the practice of midwifery in naturel and difficult labours. Lond. 1792. 8. W. Osborn's Versuch über die Geburtshülfe in natürlichen u. schweren Geburten. A. d. Engl. v. C. F. Michaelis. Liegnitz 1794.
1587. Osiander, F. B. Beobacht., Abhandl. u. Nachr., welche vorzüglich Krankheiten d. Frauenzimmer u. Kinder, u. d. Entbindungswissenschaft betreffen. Tübing. 1787. 8. m. 2 K.
1588. — Abhandlung von dem Nutzen und der Bequemlichkeit d. Stein'schen Geburtsstuhls. Tübingen. 1790. 4. m. 2 K.
1589. — Progr. de causa insertionis placentae in uteri orificium, ex novis circa generationem humanam observationibus et hypothesibus declarata. Gott. 1792. 4.
1590. — Das Neueste aus seiner Göttingischen Praxis. Eine Anzeige seiner Vorlesungen. Gött. 1793. 8.
1591. — Denkwürdigkeiten für die Heilkunde u. Geburtshülfe; a. d. Tagebüchern d. königl. prakt. Anstalten zu Erlernung dieser Wissenschaften. 2 Bde. Gött. 1794. 1795. 8. 1r Bd. m. illum. K.
1592. — Neue Denkwürdigkeiten für Aerzte u. Geburtshelfer. 1797. 1799. 8. m. 9 K.
1593. — Tabellarisches Verzeichniss aller in d. königl. Entbindungsanstalt zu Gött. seit ihrer Errichtung am Ende des Jahrs 1751 bis zum Ende des Jahres 1762 vorgefallenen Geburten nebst ihrem Erfolg für Mutter u. Kind. Ausgez. a. d. Tagebüchern d. Prof. Roederer. Gött. 1795 Fol.
1594. — Kurze Uebersicht d. Vorfälle in d. Entbindungshospital z. Gött. v. 1. Oct. 1794 bis März 1795 seinen Zuhörern zum Andenken gewidmet. — Kurze Uebers. etc. v. April b. Sept. 1795. 4.
1595. — Lehrbuch d. Hebammenkunst. Sowohl zum Unterricht angehender Hebammen, als zum Lesebuch für jede Mutter. Gött. 1796. 8. m. 2 K.
1596. — Kurze Nachricht v. d. Entstehung u. Einrichtung d. Gesellschaft von Freunden d. Entbindungskunst zu Gött. Ebend. 1796. 4. — Zweite Nachricht von April 1796 bis dahin 1798. ebend. 1798. 4.
1597. — Historia partus nanae, versionis negotio a foetu vivo feliciter liberatae, in concessu artis obstetric. amantium praelecta. Goett. 1797. 8.
1598. — Lehrbuch d. Entbindungskunst. I. Theil. Litterarische u. pragmatische Geschichte dieser Kunst. Gött. 1799. 8.
1599. — Grundriss der Entbindungskunst zum Leitfaden bei seinen Vorlesungen. Gött. 1802. 2 Bde.
1600. — Handb d. Entbindungsk. I. Bd. in 2 Abth. Tüb. 1819. 8. II. Bd. in 2 Abtheil. ebend. 1820. 1821. — III. Bd. (Die Anzeigen zur Hülfe bei unregelmässigen u. schweren Geburten von J. F. Osiander.) Ebend. 1825. 8.
1601. — Annalen d. Entbindungslehranstalt. 2 Bde. Gött. 1801-1804. 8.
1601a. — de homine quomodo fiat et formetur series observationum, una cum descriptione Staterae portabilis ad examinandum infantum neonatorum pondus, nuper inventae. Gotting. 1816. Vergl. Nr. 415. Vol. III.

1601b. Osiander, F. B. Commentatio de instrumentis et machinis ad pernoscendam optimam aeque ac vitiosam pelvis muliebris formam et inclinationem. Gott. 1810.

1602. — Epigrammata in diversas res musei suianatomici et pinacothecae M. K. Gött. 1814. 8.

1602a. — Geburtsstelle oder Beschreibung und Abbildung des Geburtsgestelles, welches nach den in dem Handbuche des Hofr. u. Prof. d. Entbindgsk. F. B. Osiander dargelegten Grundsätzen eingerichtet, von ihm erfunden, und durch eigene und Anderer vieljährigen Gebrauch erprobt ist. Tübing. 1820. 8. m. 2 Abbild.

1603. — J. F. Diss. de fluxu menstruo atque uteri prolapsu. Gotting. 1808. 4. c. tab.

1604. — Commentatio, qua disseritur, uterum nervos habere. Gott. 1808.

1605. — Bemerkungen über d. französische Geburtshülfe, nebst e. ausführlichen Beschreibung d. Maternité in Paris. Hannover 1813. 8.

1606. — In docenda et discenda medicina atque arte obstetricia methodum activam potiorem in facienda expectationem saepe non alienam esse ostendit et observationes quasdam de papillis mammarum numero et structura variis communicat. Gotting. 1816. 4.

1607. — Nachrichten von Wien etc. über Gegenstände der Med., Chir. u. Geburtshülfe. Tübingen 1817. 8.

1607a. Osservatore medico di Napoli Napoli 1825. 8.

1608. Oswald, Sendschreiben an Dr. Acpli über die Operation d. Symphise. Schafhausen. 1778. 8.

1609. — Diss. de procidentiis uterinis. Vitemb. 1764. 4.

1610. — A. W. Monstrorum sex humanorum anat. et physiol. disquisitio. Francof. ad Vidr. 1811. 4. c. fig.

1611. Otuwé, J. Onderwis der Vrouven aangande net Kinderbaren etc. Haarlem 1755. 8.

1612. Ould, F. A treatise of midwifery. In three parts. Dubl. 1742. 8.

1613. d'Outrepont, J. Programm von der Selbstwendung und der Wendung auf den Kopf. Würzburg 1817.

1614. — Abhandlungen und Beiträge geburtshülflichen Inhalts. Erster Theil. Würzburg. 1822. 8.

1615. Overcamp. Diss. de capitis abrupti et in utero relicti variis extrahendi methodis. Heidelb. 1757.

P.

1616. Pabst, C. Diss. in. de placenta praevia. Jen. 1828. 4.

1617. Palfyn, J. Description anatomique des parties de la femme, qui servent à la generation; avec un traité des monstres etc. Avec fig. à Leide. 1708. 4.

1618. Palletta, J. B. Exercitationes pathologicae. Mediolani. 1820. 4. m. 12 K.

1619. Pannach, J. C. praes. Alberti. De foetus mortui ex utero extractione. Halae. 1737.

1620. Pape. Nöthiger Bericht von schwangern und gebärenden Frauen. Magdeb. 1590. 8.

1621. Papen, G. F. Diss. de adminiculorum in partu utilitate et necessitate. Goett. 1762. 4.
1622. Papers medical communicated to the Massachusetts medical society. Boston. Vol I. 1790. 8. Vol. 2. sub tit.: Medic. communications and dissertations of the Massachusetts med. soc. Boston. 1813. 8.
1623. Papius, C P. Geschichte e Kaiserschnitts; nebst einigen Bemerkungen. Inauguralabh. Würzb. 1827. 8
1624. Pappendorf, Ad. von. Von angeborner Verschliessung des Hintern bei Kindern. Leipzig 17-3.
1625. Paré, A. De la generation de l'homme, et maniere d'extraire les enfans du ventre de leur mere. Paris 1573. 8.
1626. — Opera chirurgica. Francof. ad Moen. 1594. Fol.
1627. — Les oeuvres d'Ambr. Paré. II. edit. à Lyon. 1652. Fol.
1628. Parrot, W. G. Diss. de uteri mola Argent. 1733. 4.
1629. Paschierse, J. Diss. de partu praeternaturali. Lugd. Bat. 1744. 4.
1680. Paschken, D. H. resp. J. H. Stein. De abortu. Regiom. 1730. 4.
1631. Pasquay, P. Diss. de signis et partu foetus mortui. Lugd. Bat. 1745. 4.
1632. Passerini, F. F. De abortu. Vienn. 1777. (Auch in Eyerel diss. Vindobon.)
1633. Pasta, A. Discorso interno al flusso di sangue dall utero delle donne gravide. Berg. 1752. 4. — Traduit de l'Italien en Franç. par Alibert. 2 Bde. Paris. an VIII. 8.
1634. — Sopra i menstrui delle donne. Napoli. 1782. 8.
1635. — Ragionamento sopra gli sgravj del parto e sopra il rattenimento e l'estrazione della secondina. Napoli. 1782. 8.
1636 Patoun. Diss. de partu difficili. Lugd. Bat. 1691. 4.
1637. Patuna, N. Relazione intorno al cadavere d'un feto che doppo esser nascosto nel ventre della madre per venti mesi, su da lui cavato dalla parte posteriore essendo restata viva e sana la madre medesima. Venez. 1727 8.
1638. — Epistola continens historiam foetus sine involucris extra uterum inventi, placenta intra uterum haerente. Vienn. 1765.
1639. Paullini, C. F. Das hoch- u. wohlgelahrte teutsche Frauenzimmer. Frankf u. Leipz. 1705. 4.
1640. Pauls, J. P. Diss. Respiratio pulmonum fetus et cutis. Argentor. 1806. 4.
1640a. Paulus Aegineta. De re medica libri septem. Graec. Venet 1528. Fol. Basil. 1538. Fol. — Pauli Aegin. opus divin. etc. Interpr. Albano Vitrodurensi. Bas.. 1532. Fol.
1641. Pegolow, D. G. D. Diss. de foetus brachio in partu prodeunte. Argent. 1772. 8.
1642. Pelizaeus, B. Diss. de partu difficili ex positura uteri obliqua. Argent. 1758.
1643. Perfect, W. Cases in midwifery. Lond. Vol. I. 1781. 8.
1644. Periodico de la sociedad medico-quirurgica de Cadix. Vol. 1-4. 1819-24.
1645. Persyn, J. Ch. van. Diss. de exostosium et osteosteatomatum pelvis muliebris influxu in partum. Berol. 1821. 8.
1646. Perthes, J. J. Diss. de doloribus parturientium. Erf. 1754. 4.

1647. Peters, F. G. Diss. in. de versione foetus, quae caput ejus in partu praeire jubet. Bonnae. 1822.
1648. Petit. Recueil des pieces relatives à la question des naissances tardives. Vol. 1. et 2. Amsterd. 1766.
1649. — J. L. Traité des maladies chirurgicales et des operations, qui leur conviennent, ouvrage posthume de J. L. P., par Lesne. Paris. 1774. av. 68 fig.
1650. — A. Traité des maladies des femmes enceintes, des femmes en couche et des enfans nouveau nés, précédé du mecanisme des accouchemens, publ. par Baigneux et Perrot. à Paris. 1800. II Vol. Teutsche Uebers.: Theoret.-prakt. Abhandlung über d. Geburtshülfe u. d. Krankh. d. Schwangeren u. s. w. m Anmerk. u. e. Vorrede begleitet von J. C. Stark. 2 Thle. Erf. 1800. 8.
1651. Petition, the, of the unborn babes. Lond 1751. 8.
1652. Petri, G. H. P. Diss de convulsionibus gravidarum, parturientium et puerperarum. Gotting. 1790.
1653. Petzsch, C. H. Diss. de graviditate prolongata. Halae. 1755. 4.
1654. Peu, P. La pratique des accouchemens à Paris. 1695. 8.
1655. Peyer, J. C. Observat. circa urachum. Lugd. Bat. 1721. 8.
1656. la Peyre (Peyne). Inquiries whither women with child ought to prefer the assistance of their own sex to that of man midwifes. Lond. 1772. 8.
1657. Peyssonel, J. De temporibus humani partus juxta doctrinam Hippocratis tractatus. Lugd. 1666. 8.
1658. Pfaff, F. G. Diss. in. de graviditate in substantia uteri s. interstitiali. Lips. 1826. 4. c. tab. lithogr.
1659. Pförringer, J. C. Die Lösung und Ausstossung der Nachgeburt auf d. Wege d. Natur u. Kunst. Würzb. 1826. 8.
1660. Pictorius, G. Gynaikonitis etc. Frankf. 1569. 8.
1661. Pierer, J. F. Diss. de noxis ex ante acta sexus sequioris vita delicatiori ac molliori in graviditatem, partum et puerperium redundantibus. Jen. 1788. 4.
1662 — Med. Nationalzeitung für Teutschland u. d. m. selb. zunächst verbundenen Staaten. Leipz. u. Altenb. 1798-1799. 4.
1663 — Allg. med. Annalen d. J. 1800, als Forts. d. med Nationalz. u. als Einleitung z. d. allg. med. Annalen des 19ten Jahrh. Ebend. 1800. 4.
1664. — Allg. med. Annalen d. 19ten Jahrh. Ebend. 1801 1819. 4.
1665. — Supplemtbd. zu dens. von 1801-1810. Ebend. 8 Hfte. 4.
1666. — Allg. med. Annalen a. d. J. 1820, als Einleitung z. den kritischen Annalen d. Medicin als Wissenschaft und Kunst. Ebend. 1820.
1667. — u. L. Choulant, allg. med. oder krit. Annalen etc. Ebend. 1821 bis auf d. jetz. Zeit noch fortgehend.
1668. — Med. Realwörterbuch etc. Leipz. u. Altenb. 1816-1827. 8. 1r—7r Bd. A-Syz.
1669. Piet. Reflexions sur la section de la symphyse du pubis. à la Haye et à Paris. 1778. 4.
1670. Pikers, J. Diss. de mola. Lugd. Bat. 1679. 4.
1671. Pilling, M. Z. et Friderici, J. A. Diss. de ordine et method. cognosc. et per curationem praeservandi abortum. Jen 1665. 4.

1672. Pinaeus, S. Opusculum physiologicum, anat., φυσικὸς vere admirandum etc. Tractans analytice primo notas integritatis et corruptionis virginum, deinde graviditatem et partum naturalem mulierum, in quo ossa pubis et ilium distrahi dilucide docetur. Paris. 1598. 8. Francof. 1599. 8. Cum M. Sebiz tract. de notis virginitatis. Franc. et Lips. 1690. 12.
1673. — De virginitatis notis, graviditate et partu etc. Lugd. Bat. 1639. 12.
1674. — et M. Sebizii Kennzeichen von d. Geheimnissen der Jungferschaft. Erf. 1759. 8.
1675. Piringer, J. F. Tractatus de partu praematuro artificiali. Vienn. 1826. 8.
1676 Pistor, C. F. Diss. de foetu e rupto utero in abdomen prorumpente. Argent. 1726. 4.
1677. Pistorius, Ch. L. De studio artis obstetriciae medicis quam maxime necessario. Viteb. 1811.
1678. Pitschaft. J. A. Unterricht über die weibl. Epoche, die Schwangerschaft, das Wochenbett etc. Heidelb. 1812.
1679. Planchon. Traité complet de l'opération césarienne. Paris. 1801. 8.
1680. Platner, J. Z. Progr. de arte obstetricia veterum. Lips. 1735. 4. (A. in Schlegel's sylloge oper. min.)
1681. — De partu undecimestri. Lips. 1798.
1682. — resp. C. F. Heffter. De placenta praev. Lips. 1804. 4.
1683 Plaz. Diss. de partu debili reficiendo. Lips. 1754.
1684. Plenck, J. J. Anfangsgründe der Geburtshülfe. Wien. 1768. 2 K. 8. 5te Aufl. 1795. 8. Trad. par J. Pitt. Lyon. 1795. 8.
1685. — Elementa artis obstetriciae. Vienn. 1781. 8.
1686. Plessmann, F. La médecine puerperale, ou des accidens de la maternité. Paris. 1797. 8.
1687. Plevier, C. De gezuiverde Vroedkonst. Of Wyze om alle Baarringen gemakkelyk te maken, de zwaare tydig voor te Koomen, en die, welke de Handkonst vereischen, spoedig, veilig, en gelukkig te helpen etc. Met Plaaten. En met een nadere Voorberigt door J. D. Schlichting. Te Amsterdam. 1751. 4.
1688. Plinius secundus, Cajus. Historiae naturalis Lib. XXXVII. ex recens. J. Harduini. Ed. accur. Bip. 1783. 8.
1689. Plöderl, F. X. Diss. de uteri exstirpatione. Landish. 1817.
1690. — F. X. G. Diss. in. obstetr.-chirurg. de hysterotomia. Landish. 1820. 8.
1691. Ploucquet, G. G. de, literatura med. digesta s. repertorium medicinae practicae, chirurgiae et artis obstetriciae. Tom. I-IV. Tubing. 1808. 4. Continuat. et suppl. ib. 1813. 4.
1692 Pohl, J. C. Epistola de abortu crebro redeunte. Lips. 1779.
1693. — J. Th. Diss. de embryochemia. Erlang. 1803. 4.
1694. Polanus, A. Quaestio, num chirurgo liceat salva conscientia foetum enecare, ut matrem servet. Oppen. 1619. 4.
1695. Pollau, F. Diss. de intumescentiis ventris graviditatem mentientibus. Virceb. 1799. 4.
1696. Portal, P. La pratique des accouchemens. à Paris, 1685. 8. — Ins Holl, übers. 1690. 8.

1697. Posewitz, J. F. S. Journal für Medicin, Chirurgie u. Geburtshülfe; vorzüglich m. Rücksicht auf Aetiologie u. Semiotik; v. e. Gesellschaft teutscher Aerzte. Herb. 1789-1790. 2 Stück. 8.

1698. — Neues Journal u. s. w. Giessen. 1n Bds 1-2s St. 1802. 8.

1699. Pott, L. P. J. De corporis foeminae gravidae mutationibus, iisque cum integra ipsius inter graviditatem valetudine recte conciliandis. Gotting. 1816. 4.

1700. Potthoff, F. G. De orificio uteri in versione foetus vi mechanica non nisi scite cauteque dilatando. Marb. 1812. 8.

1701. Power, J. Treatise of Midwifery developping new principles which tend materially to lessen the sufferings of the patient and shorten the duration of labour. Lond. 1819. 8.

1701a. Practice, the Edinburgh, of physic, surgery and midwifery. Vol. 1-5. Edinb. 1805. 8.

1702. Prael, C. J. De fetu duodetriginta annos in utero detento. Goett. 1821. 8.

1703. Prange, A. D. G. Die wohlunterrichtete Wehemutter in Frag u. Antworten. Hamb. 1769. 8.

1704. Preller, A. De partu praematuro arte effecto. Berol. 1823.

1705. Priscianus, Th. (Octav. Horatianus.) Gynaeciа ad Salvinam. Basil. 1532. 4.

1706. Prochaska, G. Annotationes academicae. fasc. 3. Pragae. 1784. 8. c. tab.

1707. Püttmann, J. E. L. De partu undecimestri. Goett. 1799.

1708. Pugh, B. A treatise of midwifery; chiefly with regard to the operation with several improvements in that art. Lond. 1748. 1754. 8.

1709. Puls, J. De vita foetus et ejus nutritione; diss. in. Gandae. 1825. 4.

1710. Pulte, Ph. A. Diss. in. de doloribus spuriis spasticis in partu. Bonnae. 1822.

1711. Puzos, N. Traité des accouchemens, contenant des observations importantes sur la pratique de cet art, sur quelques maladies de matrice et des enfans du premier âge. Corrigé et publié par Morisot des Landes. Suivi d'une dissertation de Crantz, sur la rupture de matrice. à Paris, 1759. 4.

1712. Pyl, J. Th. Diss. praestantiam situs parturientis in lecto prae reliquis aliis consuetis exhibens. Gryphsw. 1742. 4.

1713. — u. K. F. Uden. Magazin f. d. gerichtl. Arzneikunde. Stendal. 1782-1785. 4 Bde. in 8 St. 8.

1714. — Neues Magaz. etc. Ebend. 1785-88. 8. Samml. 2 Bde. 8.

1715. — Aufsätze u. Beobachtungen a. d. gerichtl. Arzneiwissenschaft 1r-7r Bd. Berl 1783-1791. 8 Samml. 8. Neue Aufl. 1e-3e Samml. Berl. 1806. 8.

Q.

1716. Quelmalz. Progr. de utéri ruptura. Lips. 1756. 4.

R.

1716a. Rahts, C. L. D. de graviditate ovaria. Berol. 1828. 8.

1717. Rainer, J. B. Nachricht von der Entbindungsanstalt der Universität Landshut. Landsh. 1826. 4.
1718. Ramsbotham, J. Practical observations in midwifery with a selection of cases. Lond. 1821. 8.
1719. Ranchini, F. Tractatus de morbis ante partum, in partu et post partum. Lugd. 1645. 8.
1720. Randhahn, J. F. De secundinarum extract. Leucop. 1800.
1720a. Randolini, L. Funic umbilicalis hist. Vienn. 1780 4.
1721. Rast, C. F. De utero ejusque constitutione tempore gestationis. Regiom. 1751.
1722. Rathgeber, diätetisch medicinischer für Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen u. Säugende. Chemn. 1805 8.
1723. Rathlauw, P. Het berugt-geheim in de Vroedkunde van R. Roonhuysen ontdeckt van en uitgegeven op hoope order. T'Amsterd. 1747. m. 3 K.
1724. — Klaare bewyzen, dat he Geheim in de Vroedkunde van Rog. Roonhuysen ontdeckt etc. door P. Rathlauw vollstrekt vals, en en instrument, daar in afgebeeld, in ordinaire gevallen absolut onnut, en in de meoyelykste Baringen ten uitersten gevaarlyk voor de Meeder, en doodelyk voor t' Kind is. Amst. 1747. 8.
1725 — Replicq, dat is ontwyfelbaare Egtheid en veilig heil van het berugt geheim etc. tegen het lasterschrift van de vyf Heeren Vroedmeesters etc Amsterd. 1747. 8.
1725a. — Brief bevattende eenige aanmerkingen op een werk uitgegeven door J. de Visscher en Hugo van der Poll. Amsterd. 1754. 8.
1726. Rau, G M. W. L. Handbuch f Hebammen u. s. w. Giessen u. Darmstadt 1807 8.
1727. Raulin, J. Instructions succinctes sur les accouchemens; en faveur des sages-femmes. Paris 1769. 12. Edit. augment. du traitement des femmes en couche. Yverdon. 1770. m 2 K. — Uebers. u. verm. von M. F. Alix. Langensalze. 1771. 8. Fulda 1775. 8. m. K. — Ins Portugies. übers. Lisban. 1772. 8.
1728. — Traité des maladies des femmes en couche, avec la methode de les guerir. à Paris. 1771. 12. A. d Franz. m. Anmerk u. Vorr. v. D. C. Burdach. Leipz. u. Amst. 1773. 8.
1729. Rawlins, S. A Dissertation on the structure of the obstetric forceps. Lond. 1793. 8. m. K.
1730. Raynaud, T. Tractatus de ortu infantum contra naturam per sectionem caesaream. Lion. 1637. 8.
1731. Reccius, C. F. Diss. de auscultatione in graviditate. Marburgi. 1824. 8.
1732. Rechberger, A. J. Bekanntmachung e. besonderen Art Hebel, und dessen Anwendung u. Nutzen in der Geburtshülfe. Wien. 1779. 8. M. Abbild. d. Hebels.
1733. Recit de ce, qui s'est passé - au sujet de la section de symphise des os pubis, pratiquée sur la femme Souchot. Paris. 1771.
1734. Reckers, F. Diss. in exhibens casum rariorem partus ex uteri scirrho difficillimi nec non historiam morbi istius post partum. Bonnae. 1822.
1735. Recorder the American medical of originale and intelligence in Medicine and Surgery conducted by respectable physicians of Philadelphia. Phil. 1818 - 1825. Vol. 1-8. 8.

1735a. Records medical and researches, selected from the papers of a primitive med. association. Lond. 1798. 8. (Vol. 1.)
1736. Recueil periodique d'observations de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie. Rédigé par Vandermonde. Tom. 1-8. Paris 1754-1757. 8. Deinde sub titulo, Journal de Med. etc. Tom. 9-16. Paris 1758-62. Deinde ed. Aug. le Roux. Tom 17-48. Paris 1762-1776. Tum successerunt sibi Dumangin, Colombin. etc. in edendis tom. 49-115. Paris. 1777 95. 8,
1736a. — des actes de la société de santé de Lyon. Lyon. 1798-1802. 8. Tom. 1-2.
1736d. — periodique de la société de santé de Paris. Paris.
1737. Redmann, J. De abortu. Lugd. Bat. 1748. 4.
1738. Rees, W. van. Katechismus der Verloskunde, den Dienste vom Vroedvrouven en eest beginnende Kunst Oefenaren. De Leerwijze van Baudeloque, Osiander, van Siebold en de verdere nieuste en beroemste verloskundige Schrigoeren gevolgd. Utrecht 1808. 8.
1738a. Register the medical and surgical, consisting chiefly of cases in the New-York Hospital by Dr. Dr. J. Watts jun., V. Mott and A. H. Stevens. Vol. 1-2. New-York. 1818-1819. 8.
1738b. — the American med. and physical, or Annales of Medicine, natural hystory etc. Conducted by Dav. Hosack and John Francis. 2te edit. New-York. 1814-1815. II Vol. 8.
1739. Regnauld. Les monstres, ou les ecarts de la nature, en planches colorées, peintes et gravées. à Paris 1775. Fol.
1740. Regnier. De asphyxia neonatorum. Jen. 1789.
1741. Rehfeld, C. F. De situ foetus in utero materno. Gryphysw. 1770.
1742. Rehmann, J. Zwei chinesische Abhandlungen über d. Geburtshülfe. Petersburg. 1810. 8.
1743. Reichard. De haemorrhagia uteri partum insequente. Argent. 1755.
1744. Reiff, G. Frauenrosengarten, von vielfältigen sorgfältigen Zufällen u. Gebrechen d. Mütter u. Kinder. Frankf. 1545. Fol. m. Fig. Strassb. 1561. 1569. 1600. 4. Frankf. 1580. 1651. 8. m. Fig. Eine v. L. Acesius, genannt Sawer, gebesserte u. verm. Ausgabe. Frankf. 1603. 8. m. Fig.
1745. Reil, J. Ch. Archiv für die Physiologie, vom 7. Bde. m. J. H. F. Autenrieth. 12 Bde. Halle. 1795-1814. 8.
1746. Reindel, T. Kurzer Unterricht für die Hebammen und Wöchnerinnen u. s. w. Eisenach. 1774. 1778. 8.
1747. Reisinger, F. Die künstliche Frühgeburt, als ein wichtiges Mittel in der Entbindungskunst u. vorzüglich als Beitrag zur Charakteristik der englischen Geburtshülfe, historisch u. kritisch dargestellt. Augsb. u. Leipz. 1820. 8.
1748. Reiss, L. J. Ch. F. A. Recherches historiques sur le forceps et considérations sur l'utilité de cet instrument. Strassb. 1805. 4.
1748c. Renard, J. K. u. F. J. Wittmann. Das Weib im gesunden u. kranken Zustande. Leipz. 1821. 8.
1748b. Remy, P. E. Elémens de l'art d'accouchemens. Rheims. 1821. 12.

1749. Repertorio medico-chirurgico di Torino. Torino. 1824 et 1825. 8.
1750. Repertoire générale d'anatomie et de physiologie pathologiques et de clinique chirurgicale. Paris. 1826. 8. m. K.
1751. Reports and Communicat ons the Dublin Hospital in Medicine and Surgery. Vol. 1 4. Dublin. 1816-1827. 8.
1751a. Repository the medical and review of american publications etc. conducted by S. L. Mitchel and E. Miller. First hexade. Vol. 1-6. New-York. 1798-1803. Seconde hexade. 1804-1811. Dein sub tit.: Med. repository of original essays and intelligences. New series. Vol. 1-6. 1812-1816. Denique sub tit.: New-York med. repository. Vol. 1-6. 1817-1821.
1751b. — the London medical. Lond. 1814-1823. Vol. I-20. 8.
1752. Rest, H. C. Respiratio pulmonum foetus et cutis. Argent. 1806. 4.
1753. Retz. Observations interessantes en faveur de la section de la symphise du pubis. (à Paris) 1778. 8.
1754. Reus, J. de. Naauwkeurig onderwys in de Vroedkunde etc. medeen Vorrede van P. Camper. Amst. 1771. 8.
1755. Reuss, C. L. G. Diss. de partu difficili ex praevia foetus facie. Argent. 1777.
1756. — A. Ch. Novae observationes circa structuram vasorum in placenta humana. Tubing. 1784. 4. c. tab. aen.
1757. Review the London medical and Magazine by a Society of Physicians and Surgeons. Vol. 1-12. Lond. 1799-1806. 8.
1757a. Revue medicale française et etrangère, red. par Bally etc. Vol. 1-7. Paris. 1820-27. 8.
1757c. Rhazes, M. A. Opera exquisitiora. latin. don. per G. Toletanum, A. Vesalium et A. Torinum. Basil. 1544. Fol. — Rhazis opuscula. Brix. 1486. Venet. 1506. 1509. 1544. Fol. — Ejus Opera parva. Paris 1510. 8. Opera exquisitiora. Bas. 1544. Fol. arab. c. nov. vers. lat. ed. J. Channing. Lond. 1766. 8. et inter Principes ab Hallero recept. Versio haec, et denuo recud. cur J. C. Ringebroig. Gott. 1781. 8.
1758. Rhode, C. L. Relatio de sectione caesarea feliciter peracta. Dorpat. 1803. 4.
1759. Ribke, C. G. Rede über die Structur der Gebärmutter. Berlin 1793. 8.
1760. Richard, Ch. J. F. Essai sur la physiologie du foetus. Strasb. 1815. 4.
1761. Richter, A. G. Chirurgische Bibliothek. Gött. 1771-1797. 15 Bde. 8.
1762. — C. F. Diss. de infanticidio in artis obstetriciae exercitio non semper evitabili. Lips. 1792. 4. Append. loco descript. foetus monstrosi, insolentis horridique aspectus. c. tab. aen.
1763. — G. M. Synopsis praxis medico-obstetriciae etc. Mosquae. 1810. 4. c. tabl.
1764. — E. E. Allzeit getreue u. vorsichtige Wehemutter. Leipz. 1738. 8.
1765. Ricklefs, A. De liquore amnii. Virceburgi, 1826. 8.
1766 Ridder, J. A. De foetu septem mensium per intestinum rectum matre salva et superstite exciso. (s. l.) 1767. 4.

1767. Riecke, V. H. Kurzer u. deutlicher Unterricht f. d. Hebammen des löbl. Herzogth. Würtemb. Stuttg. 1746. 8. m K.
1768. — L. S., praes. F. P. Gmelin. Diss. in., qua investigatur: utrum funiculus umbilicalis nervis polleat, an careat? Tubing. 1816. 4.
1769. — V. A. Beiträge zur geburtshülflichen Topographie Würtembergs. Stuttg. 1827. 8.
1770. Rigby, E., et St. Duncan (on the uterine hemorrhage); nouveau traité sur les hémorrhagies de l'uterus, avec 124 observations, tirées de la pratique des deux auteurs. Traduit de l'anglais, précédé d'une notice historique et suivi d'une lettre de Chaussier sur la structure de l'uterus, accompagné de notes par Mad. Boivin. Paris. 1818. 8.
1771. — E. Versuch über die Mutterblutflüsse, welche vor der Entbindung hergehen. Leipz. 1786. 8. 1811. Die 6te engl. Auflage. Lond 1822.
1772. Rinck, J. Ch. Diss. de usu forcipis in arte obstetricia. Jen. 1794. 8.
1773. Riolani, J. Foetus historia. Paris. 1628. 8.
1774. Ripping. Diss. sistens quasdam de pelvi animadversiones. Lugd. Bat. 1776. 4.
1775. Riss, J. C. Diss. de vitiis mictionis gravidarum, partur. et puerper. Argent. 1780. 4.
1776. Rist, J. Essai historique et critique sur le forceps. Strasbourg. 1818. 8.
1777 Ritgen, F. A. Jahrbücher d. Entbindungsanstalt zu Giessen. Giessen. 1820. 2 Bde. Fol. m. K.
1778. — Die Anzeigen d. mechanischen Hülfen bei Entbindungen, nebst Beschreibung einiger, in neueren Zeiten empfohlenen geburtshülflichen Operationen u. e. verbesserten Geburtszange. Giessen 1820 8 m. K.
1778b. — Handbuch der niederen Geburtshülfe. Giessen. 1824. 8.
1779 Rizzo, L. Memoria sopra una gravidanza estra-uterina. Catania. 1819. 8.
1780. Roberti, P. J. Conspectus varii capitis situs ejusque mutationum variarum ex observat. scholae Marburg. nec non doctrina de vario capitis situ applicata ad praxin. Sect. II. (Sect. I. cf. J. W. Cassebeer). Marburgi. 1818. 8.
1781. Robert, E. F. F. C. G. Commentationes in secalis cornuti historiam med. physicam. Marburgi. 1825. 8.
1781a. Rochot. Diss. sur la section de la symphise du pubis et sur les cas, qui exigent cette opération. Paris 1807. 4.
1782. Rockstroh, G. G. Diss de signis verae graviditatis saepe dubiis. Lips. 1781. 4.
1783. — Diversitatis funiculi umbilicalis ejusque deligationis contemplatio. Lips. 1779. 4.
1784. Roederer, J. G. Oratio de artis obstetriciae praestantia, quae omnino eruditum decet, quinimo requirit. Gott. 1752. 4. (Recus in ej. opusc.)
1785 — Elementa artis obstetriciae in usum praelectionum academicarum. Goett. 1753. 8. Edit. aucta. Goett. 1759. 8. — In usum auditorum denuo ed. et annotationib. instruxit H. A. Wrisberg. Goett. 1766. 8. — In's Franz. übersetzt. à Paris. 1765 8. avec figur. — In's Teutsche mit e. Vorrede, Anmer-

kungen u. Zusätzen vermehrt v. Stark a. d. Lat. v. Henckenius. Jen. 1793. 8. — In's Italien. durch Gius. Galletti. Ediz. terza. Firenze. 1795. 4 mit 18 Kupfert.

1786. Roederer, J. G. Diss. de fetu perfecto Argent. 1750. 4.

1787. — Prog. de axi pelvis, Goett. 1751. 4. m. 1 K.

1788. — Diss. de uteri scirrho Gott. 1754. 4.

1788.a. — De vi imaginationis in foetum negata, quando gravidae mens a caussa quacumque violentiore commovetur. Ibid. 1756. 4.

1789. — Diss. sistens observationum medicarum de partu laborioso Decad. I et II. Ibid. 1756. 4.

1790. — Diss. de temporum in graviditate et partu aestimatione. Ibid. 1758. 4.

1791. — Prog. De foetu observationes.

1792. — Diss., resp. H. Winiker. De non damnando usu perforatorii in paragomphosi ob capitis molem. Goett. 1758. 4.

1793 — Diss., resp. J. D. Lapehn. De oscitatione in enixu. Gott. 1758. 4.

1794. — Opuscula medica sparsim prius edita, nunc demum collecta, aucta et recusa ed. Goett. 1763. 4. m. K.

1795. — Icones uteri humani observationibus illustratae. Goett. 1759. Fol. m. 7 Kupfert.

1796. — Prog. de infantibus in partu suffocatis observat. Goett. 1760. 4

1797. Roemer, J. J. Diss. sistens partus naturalis brevem expositionem. Gott. 1786. 1791. 8.

1798. — Annalen d. Geburtshülfe, Frauenzimmer- u. Kinderkrankheiten für das J. 1790. 1791. 1793. 1794. 8. Winterthur.

1799. — Dissertationum medicarum Italicarum Decas. Norimb. 1797. 8.

1800. — P. C. Diss. in. med. de causis, quare sectio cesarea recentiori tempore instituta fausto, quem olim habuit, eventu utplurimum careat. Duisburg. 1786. 4.

1801. Rösslin, E., auch Rhodion genannt. Der Schwangeren Frawen u. Hebammen Rosengarten. (Worms. 1513. 8.) — In teutscher Sprache erschienen Auflagen zu Augsburg 1502. 1528. 1532. 4. 1544. 1551. 1564. 8.; zu Frankf. a. M. 1582. 8. 1603. 8. — In lat. Sprache: E. Rhodion de partu hominis etc. Francof ad Moen. 1532. 1537. 1544. 1551. 1554. 1556. 1563. 8. Paris. 1535. 8. Venet. 1536 12. In französ. Sprache par P. Bienassis. Paris. 1536 8. 1540. 1563. 1577. 12. — In holländ. Sprache: Amsterd. 1559 12. 1667. 8. — Ins Engl. v. Th Reynoldt übers Lond. 1654. 4. — Ein Abdruck d. Rosengarten zu Strasb 1545. u. 1564. 4. unt d. Namen Q Apollinares, ein neuer Albertus Magnus.

1802. — A. et F. (fratres). De differentiis inter foetum et adultum. Argent. 1783.

1803. Rolfink, G. Diss. de mola. Jen. 1662. 4.

1804. — resp. A. H. Cummius. Diss. de partu difficili. Jen. 1664. 4.

1805. — ordo et methodus generationi dicatarum partium per anatomen cognoscendi fabricam liber unus, ad normam veterum et recentiorum scriptorum exaratus. Jen. 1664. 4.

1806. Rommel, P. De foetibus leporinis extra uterum repertis et de conceptione extrauterina. Ulm. 1680. 4.
1807. Rondolini, J. Diss. sistens funiculi umbilicalis historiam. Vindob. 1780. 8.
1808. Roonhuysen, R. Heelkonstige Aanmerkingen. Amst. 1663.
1809. — H. von. Historische Heylkuren. Nürnb. 1674. 8.
1810 — Geheimniss in der Geburtshülfe, Auszug aus derselben. Nürnb. 1756 8.
1810a. Roose, Th. G A. De nativo vesicae urinariae inversae prolapsu; diss. c. tab. aen. Gotting. 1793.
1810b. — Ueber die gelben Körper im weiblichen Eierstocke. Braunschw. 1800.
1810d. — De superfoetatione nonnulla Brem. 1801. 4. — Uebers. in Reil's Arch. u. in Roose's Beitr. zur ger. Arzneik.
1811. — Ueber d. Ersticken neugeborner Kinder. Braunschw. 1794. 8.
1812 Rosenberger, C. F. De viribus partum efficientibus; diss. Hallae. 1791. 4. m. K.
1813. Rosenmeyer, W. A. Diss. de artificiosa orificii dilatatione in arte obstetricia, adjecta descriptione et delineatione instrumenti huic usui inservientis novissime inventi. Goett. 1802. 4. c fig.
1814. Rosenstiel, A. Diss. monstri duplicis rarissimi descriptio anatomica. Berol. 1824. 4.
1815. Rossi, F. J. A. Diss in. sistens fetus monstrosi Holmii nati descriptionem et delineationem. Jen. 1800. 4. c. tab. aen.
1816 Rossum, van. Diss. de ruptura uteri. Lovanii 1782. 4.
1817. Roters, F. J. Diss. physiol. de utero gravido. Berol. 1827. 8.
1818. Roth, A. G. Diss. de diaeta puerperarum bene instituenda. Erlang. 1778. 4.
1819 — J. J Diss. de foecundatione absque consuetudine viri. Argent. 1748. 4.
1820. Roth, F. G., praes. Büchner. Diss. de necessaria brevi post partum secundinarum extractione. Halae. 1757. 4.
1821 Roussel de Vanzesme. Ergo sectio symphyseos oss. pubis admittenda. Paris. 1778. 4.
1822. Rousset, F. Traité nouveau de l'Hysteromokie, ou Enfantement caesarien, qui est, extraction de l'enfant par incision laterale du ventre, et matrice de la femme grosse ne pouvant autrement accoucher; et ce sans prejudicier à la vie de l'un, ny de l'autre: ny empescher la foecondité maternelle pas après. à Paris. 1581. 8. — Ins Lat. übers. von C. Bauhin unt d. Tit.: Foetus vivi ex matre viva sine alterius vitae periculo caesura; variis historiis aucta et confirmata, adjecta est J. Albosii foetus per 28 annos in utero contenti et lapidefacti historia elegantissim. Basil. 1591. 8. — F. Rousseti *τοκοτοκιοζια*. Basil 1582. 1588. 8. Frankf. 1601. 8. — Lat. Uebers. u. verm. Ausgabe. Paris. 1590. 8. Ins Teutsche übers. v. M. Sebiz; F. Rousset von der künstl. Schneidung e. Kindes a. Mutterleib. Strassb. 1583. 8.
1823. — Assertio historica et dialogus apologeticus pro caesareo partu. Paris. 1590. 8.

1824. Rousset, F. Brevis apologia pro partu caesareo, in dicacis cujusdam chirurgi theatralem invectivam. Paris. 1598. 8.
1824a. — P., des avantages du toucher dans l'exercice de l'art des accouchemens. Paris. 1803. 8.
1824b. Rozier, Mongez et de la Metherie. Journal de physique, ou observations et mèmoires sur la physique, l'histoire naturelle et les arts à Paris 1773-1802. 8. LV Tom.
1825. Rübel, J. F. Das wahre Portrait e. geschickten u. erfahrnen Medici, Chirurgi, u. e Hebamme. Frankf. u. Leipz. 1766.
1826. Rudolph, J. Ph. J. Diss. de partu sicco. Erl. 1790. 4.
1827. Ruff, J. Ein schön lustig Trostbüchle von den empfengnüssen u. geburten d Menschen u. iren vielfaltigen Zufällen etc. Zürich. 1553. 1554. 1556. 1569. 1580. 4. mit Holzschn. — Später unt. d. veränderten Tit: Hebammenbuch, woraus man alle Heimlichkeiten des weiblichen Geschlechts erlehrnen, welcherlei Gestalt der Mensch im Mutterleibe empfangen etc. Frankf. 1600. 1588. 4 mit Holzschn. — T. Boeck van de Vroet-Wyven in Nederlandsche Spraeke übers. door M. Everaert. t'Amsterd. 1670. 4. m. Fig.
1828. Ruff, J De conceptu et generatione hominis, et iis, quae potissimum circa haec considerantur Libri VI. Tigur. 1554. 4. denuo recogn. et castig. Francof. 1580. 1587. 4. c. figur.
1829. Ruesch, G. Von den Mutterblutflüssen während der Schwangerschaft u. Geburt, u, v. d. Sitz des Mutterkuchens auf dem Muttermund. Würzb. 1817. 8.
1830. Ruhland, M. Ph. De partu praeternaturali ac difficili ob procidentiam funiculi umbilicalis juxta caput. Arg. 1775. 4.
1831. — Nöthige Kenntniss für angehende Hebammenlehrer, allen vernünftigen Hausmüttern, Hebammen, Kinderwärterinnen. Ulm. 1780. 8.
1832. Ruhmelius, C. Partus humanus sive diss. de humani partus natura etc. Norimb. 1624. 8.
1833. Ruleau, J. Traité de l'opération césarienne et des accouchemens difficiles et laborieux. Paris. 1704. 12. Ins Teutsche übers. Nürnb. 1716. 8.
1834. Rupeus, H. Paradoxa et theoremata rei medicae, quae in quadruplici sunt differentia: de his, quae ad medicum; quae ad chirurgum, quae ad pharmacopolum, quae ad obstetricem spectant. Omnia octoginto trib. positionibb. contenta. Tolos. 1559. 4.
1835. Russel, P. Treatise of the plague. Lond. 1791. 4. Uebers. (Kühn). Leipz. 1792. 1793. 8.
1836. Rust, J. N. Magazin f. d. gesammte Heilkunde. Berl. 1816. et seq.
1837. — u. Casper. Kritisches Repertorium. Berl. 1823 et seq.
1838. Ruysch, F. Ontleedkundige verhandelingen over de vinding van een spier in de grond des Baarmoeders. Te voren noyt ontdekt. Mitsgaders een nader Onderwys wegens de Verlossing van de Nageboorte de barende Vrouwen. Te Amsterd. 1725. 12. m. K.
1839. — Vervolg van de ontledkundige Verhandel. etc. Amst. 1726. 12.
1840 — Tractat. de musculo in fundo uteri observ. Vent J. C. Bohl. Amsterd. 1726. 4.
1841. — Responsio ad epist. A. Vateri. Amst. 1727. 4.

S.

1842. Sabini, S., Versuch e. Hebammenexamens u. s. w. Chemnitz. 1774. 8.

1843. Sachse, J. S., praes. Eberhardo. Diss. de doloribus partum promoventibus. Halae. 1762. 4.

1844. Sachtleben, D. G., praes. J. Ch. A. Mayer. Diss. Animadversiones nonnullae circa usum forcipis Levretianae in partu difficili. Traj. ad Viadr. 1785. 4. c. fig.

1845. Sacombe, J. P. Le médecin accoucheur etc. Paris. 1791. 12. — Uebers.: der Arzt als Geburtshelfer, v. Dr. Kramp. Mannh. 1796. 8. Eine andere Uebers. von von Eicken; m. Anmerk. v. Dr Kranz. Elb. 1797. 8.

1846. — Avis aux sages-femmes, ou principes fondamentales de l'art des accouchemens. à Paris. 1792. 8.

1847 — La Luciniade, ou l'art des accouchemens; poëme didactique. à Paris. 1792. 8. 3me édit. an IX.

1848. — Observations medico-chirurgicales sur la grossesse, le travail et la couche. à Paris 1793. 8. Teutsch: Neue Theorie d. Geburtshülfe. Frankf. 1797. 8.

1849. — Encore une victime de l'operation césarienne ou le cri de l'humanité. à Paris. 1796. 8.

1850. — Les douze Mois de l'ecole anti césarienne; ouvrage periodique. à Paris. 1797.

1850a. — Plus d'opération césarienne. Paris 1796. 8.

1851. — Protestation etc. contre l'Arrêté de la société dite de Medec. de Paris, inseré sans date dans une ouvrage intutilé: „Recherches et réflexions sur l'opération césarienne etc. aux médecins observateurs à Paris. 1798. 8.

1852. — Le fondateur de l'école anti-césarienne, au citoyen Ministre de l'Interieur. à Paris. 1798. 4.

1853. — Ecole anticésarienne Humanité, Homo sum. Ter. Verité. Mentiri nescio. Juv. (1798). 8.

1854. — Elémens de la science des accouchemens. à Paris. 1801. 8. an X.

1855. — Lucine française, ou Recueil periodique d'observations relatives à la science des accouchemens. à Paris. 1 et 2 ann. 1802-1804. 8. an XI.

1856. Sadler, C. Varii perforationis modi descripti et enarrati. Carlsr. 1826. 4. Acced. XII tab lithogr.

1857. Saggi scientifici e letterarii dell' Academia di Padova. Padua. 1786 et seq. 4.

1858. — nuovi su della caesareo regia academia di scienze, lettere ed arti di Padova. Pad. 1817. 4.

1859. Saint-Amand, A. D. de. D. sur les pertes de sang, qui affectent les femmes pendant la grossesse, lors et à la suite de l'accouchement. à Paris. 1803. 8.

1860. Salomon, G. Over de nuttigheid der Schaambeensnede, met bepaling der gevallen, in welke aan dezelve de voorkeur behoort gegeven te worden boven de keizerlyke Snede. Amsterd. 1809-1813.

1860a. — Handleiding tot de Verloskunde.

1861. Saltzmann, J. De miraculo naturae, utero humano. Argent. 1714. 4.
1862. Sammhammer, C. F. H. Diss. sistens impedimentorum pathologicorum graviorum diagnoseos graviditatis extrauterinae commentationem, adnexa singularis casus historia. Vrat. 1819.
1863 Sammlungen u. Abhandlungen der medicinischen Societät in Budissin, aus allen Theilen der Arzneigelahrtheit. Altenb. 1757. 8
1863a. — Berlinische zur Beförderung der Arzneiwissenschaft, Naturgeschichte etc. Berl. 1768-1779. X Bde. 8.
1864. — von Natur , Kunst- u. Literaturgeschichten, von einigen Breslauischen Medicis. 1717. et seq. XXX Bde. 4. Breslau.
1865. — auserlesener Abhandlungen zum Gebrauche practischer Aerzte. Leipzig 1774-1807. 8. XXIV Bde.
1866. — neue auserlesene Abhandlungen u. s. w. ebendas. 1815-1829. XII Bde. wird fortgesetzt.
1867 — der auserlesensten u. neuesten Abhandlungen für Wundärzte. Leipz. 1778-1779. 8. 3 St.
1868. — neue d. auserlesensten und neuesten Abh. u. s. w. Ebend. 1783-1789. 8. XXIV St.
1869. — neueste d. auserlesensten u. neuesten Abh. u. s. w. Leipz. 1790-1794. 8. VII St.
1870. — auserlesener Wahrnehmungen a. d. Arzneiwissenschaft. I-XIX. Bd. Strassburg. 1757. seq. 8.
1871. — Russische für Naturwissenschaft u. Heilkunde, herausgeg. v. A. Chrichton, J. Rehmann und C. F. Burdach. Riga 1815-1818. 2 Bde 8.
1872. Samoilowitz. Diss. sistens comparationem inter sectionem caesaream et sect. symhiseos oss. pub. Lugd.Bat. 1780 4.
1873. Samuel, J. Diss. de ovorum mammal. velam. Virc.(1816.)
1874. Sand, G., resp. W. von Lentin. De incertitudine signorum conceptionis. Regiom. 1682. 4.
1875. Sanden, H. von. Observat de prolapsu uteri inversi. Regiom. et Lips. 1722. 4 c. tab.
1876. Sander, G. K. H. Die Zerreissung der Gebärmutter, geburtshülflich u. ärztlich behand., ein Process zwischen Baudelocque u. Sacombe, eine Entbindung, wobei ein Gebärmutterriss entstand, betreffend. A. d. Franz. m. Anmerk. Göttingen. 1807. 8. Nordhaussen 1804. 8.)
1877. Sandifort, E. Diss. de pelvi ejusque in partu dilatatione. Lugd. Bat. 1763. 4.
1878. — Thesaurus dissertationum. Lugd. Bat. 1769.
1879. — Observationes anatomico-pathologicae. Lugd. Bat 1777 u. 1778. 4. Libri IV.
1880. Santarelli. Lettera intorne al un nuovo forceps d'obstetricia. Vienne. 1794. 4 m. 1 K. in Fol.
1881. Santorini, G. D. Istoria d'un feto estratto dalle parti diretane. Venez. 1727. 4.
1882. Sarzyma. F. Diss. in med. sistens tentamen historiae medicinae, speciali respectu habito ad artem obstetriciam. Pragae. 1814. 8.
1883. Saucerotte, H. Untersuchung vieler Vorurtheile u. Missbräuche, welche die Schwangeren, Kindbetterinnen u. s. w. betreffen. Erf. 1780. 8.

1884. Sauer, F. G. Diss. de perfor. foetus in partu difficili. Hal. 1821. 8.
1885. Sauvages, Fr. de Embryologia etc. Monspell. 1753.
1886. Savigny, J. H. A collection of engravings representing the most modern and approved instruments used in the practice of Surgery. London. 1798. Fol.
1887. — A Catalogue etc.
1888. Saxtorph, M. Disputatio de doloribus parturientium, signum felicis partus praebentibus. Havn. 1762. 8.
1889. — Erfaringar Samlede paa det kongelige Fri-Jordemoderhuus aangaaende den fuuldstaendige foedsel samt deres theoretiske Laerdom. Soröe. 1764. 8. — Erfahrungen die vollständige Geburt betreffend, so auf dem königl. freien Geburtshause angestellt worden. Kopenhagen. 1766. 8.
1890. —, praes. C. J. Berger. De diverso partu ob diversam capitis ad pelvim relationem mutuam. Hafn. 1771. 8.
1891. — Plan til Forelaesningerne over Jordemoders-Videnskaben. Met Kaaber. Förste Deel. Kiöb. 1771. 8. and. Deel. ibid. 1773. 8.
1892. — Umriss der Geburtshülfe für Wehemütter. Mit Genehmigung u. vielen Vermehrungen d. Verf. a. d. Dänischen übersezt v. C. F. Schroeder. Kopenh. u. Leipz. 1783. 8. — Ins Holl. übers. v. J. Svendsen. Copenh. 1790. 8.
1893. — Korte Udtog af Jordemoder-Videnskaben. 1776. — Teutsch: Saxtorph, Umriss d. Geburtshülfe für Wehemütter u. s. w. A. d. Dän. von C. Fr. Schroeder Kopenh. u. Leipz. 1783.
1894. — Nyeste Udtog af Födselsvidenskaben til Brug for Jordemödre. Kiöbenhagen. 1790. — Ins Teutsche übers. v. J. C. Tode unter d. Titel: Umriss d. Entbind. Wissens. für Wehemütter. Kopenh. u. Leipz. 1792. 8. 7te Aufl nach d. neuesten verbesserten dänischen Originalausgabe des Prof. J. S. Saxtorph, übers. u. umgearbeitet v. C. Tode. Copenh. 1811. 8. — Die andere Uebers. von J. L. Kerstens unter d. Tit.: Saxt. Auszug d. Entbind.-Kunst. m. K. Leipz. u Copenh. 1792. 8.
1894a. — Kort indhold af det nyeste udtog etc. Kiöpenh. 1792. 8.
1895. — De ossibus pubis in partu sponte separatis. Hafn. 1775. 4.
1896. —, resp. J. D. Guldbrand. Diss. de sanguifluxu uterino. Hafn. 1774. 4.
1897. — De haemorrhagia uteri lethali, solutionem placentae in orificio haerentis insequenti. Hafn. 1777. 4.
1898. — Gesammelte geburtshülfliche, praktische u. physiologische Schriften; herausgegeb. v. seinem Sohne und P. Scheel. Kopenhagen. 1803-1804. 2 Bde. m. K.
1899. — Anatomische Tabellen. Ein Anhang zu d. Umriss d. Entbindungswissenschaft. A. d. Dän v. J. C Tode. Copenhagen. 1802. 8. m. 6 K.
1900. — J. S. Diss. in. praeside M. Saxtorph. Examen armamentarii Lucinae Havn. 1795. 8.
1901. Scarpa, A. Sulla Ernia perineo. c. 5. tav. 1821. Fol. A. d. Ital. Weimar. 1822. m. K.
1902. Schaarschmidt. S Getreue u. vorsichtige Wehemutter. Frankf. u. Leipz. 1638. 8.
1903. — Abhandlung v. d. Geburtshülfe, mit Zusätzen vermehrt und herausgeg. v. E. A. Nicolai. Berlin 1751. 8.

1904. Schacher, F. G. De haemorrhagia gravidarum. Lips. 1727. 4.
1905. — Prog. de graviditatis signis incertis. ibid. 1717. 4.
1906. — P. G. Prog. de vaginae, uteri prolapsu. Lips. 1725. 4.
1907. — Diss. de virgine ascitica post paracentesin purpura maligna exstincta. Lips. 1725. c. tab. aen.
1908. — Progr., quo probatur, infantem supervivere posse in utero mortua matre. Lips. 1731. 4.
1909. Schaeffer, J. U Th. Diss.: Foetus cum matre per nervos commercium. Erlang. 1775. 4. c. tab. aen.
1910. Schaeffler, G. F. Diss de usu forcipis in solv. incuneat. capitis secundum axin verticalem impacti. Tubing. 1794. 4.
1911. Schael, Chr L. Diss. de funiculi umbilicalis deligatione non absolute necessaria. Gott. 1755. 4. (Rec. in Roederer opus. med.)
1912. Schafonsky, A. Diss. de gravidarum, parturientium et puerperarum convulsionibus. Argent. 1763. 4.
1913. Scheel, P. Commentatio de liquoris amnii asperae arteriae fetuum humanorum natura et usu, ejusque in asphyxiam neonatorum et medicinam forensem influxu, cui adjectus est appendix sistens quaedam generaliora de liquore amnii. Hafn. 1799. 8.
1914. — Historische u. praktische Bearbeitung der Transfusion des Blutes u. s. w. 2 Theile. Kopenhagen. 1802 u. 1803. 8. Fortgesezt von Dr J. F. Dieffenbach. Dritter Theil. Auch unter d. Tit.: Die Transfusion des Blutes u. d. Infusion d. Arzneien in die Blutgefässe u. s. w. Erster Theil. Berlin. 1828. 8.
1915. Schehmel, C. L. P De novissima aeque ac praestantissima ad promovendum partum encheiresi. Marb. 1792. (Uebers. in Schweikhard's Magazin für Geburtshülfe 1r Bd. 1s St.)
1916. Scheibler, C. H G. Diss. in. sistens animadversiones de rumpendis velamentis ovi humani et descriptionem novi huic operationi dicati instrumenti. C. tab. aen. Gryph. 1824. 8.
1917. Schelle, F. Diss. in. de partu praematuro arte efficiendo. Berol. 1827. 8.
1918. Scheltz. De partu difficili ex placenta praevia in partu. Stettini 1791. (Regiomont. 1785.)
1919. Schetelich, J. A. De partu gemellorum. Kiliae. 1789.
1919a. Schets der geheele verlossing, geschikt van derzelven grondbeginselen te leeren. Haag. 1774. 4.
1920. Scheyring, J. Diss. de sectione synchondroseos ossium pubis operatione chirurgica prima in Gallia a Sigault facta. Frib. Brisg. 1778. 8.
1921. (Schiferli, R A.) Handbuch der Hebammenkunst zum Gebrauche bei Vorlesungen Bern. 1805. 8.
1922. Schimper, J. C. Diss. de signis graviditatis verae et cautelis exinde cognoscibilibus. Bas. 1750. 4.
1923. Schirmer, F. G. Epist. de abortu Lips. 1786. 4.
1924. Schützercrantz, H. Om Foerlossnings Vetenskapens, theoretisca Deel i systematik Ordning. Stockh. 1786. 8.
1924a. — Tal om den tilväxt och de hinder, som barn-förlossnings-vetenskapenshaft. Stockh. 1777. 8.

1924b. Schützerkrantz, H. Märkvärdige händelser i den practisca förlössnings vetenskapen. Stockh. 1785. 8.
1925. Schlegel, F. J. A. et C. G. Gruner. De statu sano et morboso mammarum in gravidis et puerperis Jen. 1792.
1926. — J. G. Fragmentorum ex geographia nosocomiorum atque institutorum ad artem obstetriciam spectantium spec. I. et II. Lips. 1800-1801. 4.
1927. — J. C. T. Sylloge operum minorum praestantiorum ad artem obstetriciam spectantium. Vol. I et II. Lipsiae. 1795. 1796. 8. m K.
1928. Schiesinger, M. Diss. de gravid. signis. Berol. 1826. 8.
1929. Schleusner. G. J. Diss. de praecavenda perinaei ruptura in partu. Jen. 1797. 8.
1930. Schlicht, G. S. Unterricht vor Hebammen u. s. w. m. e. Vorrede von J. P. Burggrafen. Frankf. 1752. 8.
1931. Schlichting. J. D. Embryulcia nova detecta, of eene heel nieuwe en onbekende, dog nuttige Behandeling, in de moeste moeiglyke Baaringen, opt sproedigste te helpen. Edertyds gelukkig geoeffent door Roonhuysen in Amsterdam, maar van denzelven en zyne navolgers over de 50 jaaren heel bedeckt gehouden, en nu entdeckt, beschreven etc. te Amst. 1747. 8. m. K.
1932. — Embryulciae novae detectae appendix, zynde een vervolg van't zagenaamde Geheim van Roonhuysen. Met klaare heel duidelyke en onwederspreekelyke bewyzen, tot dienste van het gemeen, ten overvloede nog vertoont. Amst. 1747. 8.
1933. Schlottmann, J. F. Aphorismi artis obstetrictae aevi nostri disciplinam cultiorem exhibentes. De pelvi. Marb. 1808. 8.
1934. Schmalz, C. F. Diss sistens examen nuperae theoriae de absorptione seminis vaginali. Jen. 1792 4.
1935. Schmauk, Th. F., praes. Autenrieth. De nexu ovi humani cum utero et restringenda in abortu haemorrhagia. Tubing. 1811. 8.
1936. Schmidt, E. G. Ch., praes. Rosenmüller. Diss. de diagnosi graviditatis et morborum quorundam eam simulantium. Lips. 1812. 4.
1937. Schmiedel, C. C., resp. C. F. Joerdens. Pathologiam dolorum gravidarum, parturientium et puerperarum. Erl. 1750. 4.
1938. — resp. G. C. Joerdens. De tumoribus a graviditate. Erl. 1755. 4.
1939. Schmidt, G. F. Diss. de putrescentia uteri. Goett. 1825. 8.
1940. — J. Ch. L. Diss. de nuper proposita sectione synchondroseos ossium pubis. Giess. 1777. 4.
1941. — De sectione ossium pubis non instituenda. Giess. 1778. 4.
1942. — J. J. Gesundheitsbuch für Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen u. Kinder in den ersten Jahren. Hamb. 1803. 8.
1942a. Schmidtmüller, J. A. Conspectus politiae obstetric. Erlang. 1801. 8.
1943. — Jahrbuch der Geburtshülfe oder kritische Uebersicht d. Literatur u. d. Standes der Geburtshülfe v. Jahr 1802 bis Ostern 1806. 1s Bdchen. Erl. 1807. 8.
1944. — Handbuch d. med. Geburtshülfe zur Grundlage bei akad. Vorlesungen u. z. Gebr. für angehende praktische Aerzte.

1r Thl.: Die Krankheiten der Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen, Neugebornen u. ihre med. Behandlung. 2r Th.: Krankheiten d. Wöchnerinnen u. Neugebornen Frankf. 1809. 1811. 8.

1945. Schmitson, A. Beschreibung e. zweckmässigen u. wohlfeilen Geburtslagers für alle Stände. Leipz. 1809. 8. m. 9 K.

1946. Schmitt, J. B. Diss. in. de arte obstetricia non mere mechanica. Jen. 1822.

1947. — W. J. Geburtshülfliche Fragmente. Wien. 1804 8.

1948 — Neue Versuche u. Erfahrungen üb. die Ploucquet'sche hydrostatische Lungenprobe. Wien. 1806. 8.

1949. — Ueber obstetricische Kunst u. Künstelei. Frankf. 1816. 8. (Auch in Siebold's Journ.)

1950. — Sammlung zweifelhafter Schwangerschaftsfälle nebst e. krit. Untersuchung über d. Methode d. Untersuchens u. s. w. Wien. 1818. 8.

1951. — Bemerkungen u. Erfahrungen über d. Zurückbeugung d. Gebärmutter bei Nichtschwangeren, nebst einigen Beobachtungen üb. d. Vorwärtsbeugung. Wien. 1820. 8.

1952. — Gesammelte obstetricische Schriften m. Zusätzen u. e. Anhange üb. den herrschenden Lehrbegriff von Einsackung d. Mutterkuchens. Wien. 1820. 8

1953. — Ueber d. Zurücklassen des Mutterkuchens. Frankf. 1822.

1954. Schmitz, F. Diss. de respiratione pulmonum fetus et cutis. Argent. 1806. 4.

1955. Schnaubert, G. Die Lehre von der geburtshülflichen Untersuchung von neuem bearbeitet. Eisenb. 1813. 8.

1956. Schneegass, C. P. Diss. sistens novam generationis theoriam. Jen 1802. 4.

1957. — Ueb. d. Erzeugung, od. Aufzählung u. Beurtheilung aller bisherigen Zeugungstheorien, nebst e. neuen u. vollständigen Erklärung dieses bewunderungswürdigen Geschäftes d. Natur. Jena u. Leipz. 1802. 8.

1958. Schneider, C. V. Diss. de appetitu gravid. Viteb. 1670. 4.

1959. — resp. Z. Mittlacher. Diss. de partu difficili. Viteb. 1675. 4.

1960. Schnobel. De partu serotino. Jen. 1786.

1961. Schoenemann, F. L. Opuscula de partu undecimestri J. E. L Puettmann, E. Platner et G. H. Mylius c. praef. ed. Lips. 1799.

1962. Schönfelder, P. J. Anmahnungen u. Lehr an d. Hebammen. Ingolst. 1691. 8.

1963. Schönmetzel, F., resp. Renner. De haemorrhagia gravidarum et puerperarum. Heidelb. 1775. 4.

1964. Schönmezler, F. Progr. de partu natibus praeviis absolvendo. Heidelb. 1780.

1965. — Progr. in quo usus forcipum in arte obstetricia disquiritur. Heidelb. 1764. 4.

1966. Schoett, G. C. Diss. in. de abortu. Duisb. 1805. 4.

1967. Schrämli, J. Diss. in. continens nonnulla de discrimine inter primam atque reiteratam graviditatem. Turici. 1825. 8.

1968. Schrader, H. C. De liquore amnii. Rintel. 1761. 4.

1969 Schreger, B. N. G. Pelvis animantium brutorum c. human. comparatio. Spec. I. Lips. 1787. 8.

1970. Schreger, B. N. G. Die Werkzeuge der ältern und neuern Entbindungskunst. Erl. 1799. Fol.
1971. — Uebersicht der geburtshülflichen Werkzeuge u. Apparate. Erl. 1810. 8.
1971a. — Grundriss der chir. Operationen. Nürnb. 1819.
1971b. — De functione placentae uterinae. Erl. 1799.
1972. Schroeder, P. G. Progr. de fetu in utero materno non respirante. Marb. 1752. 4.
1973. — L. P. Progr., c. praefat. nonnulla de uteri ruptura cum annexa observatione de utero in partu rupto, foetuque in abdominis cavum prolapso. Rint. 1780. 4.
1974. Schubarth. De obstetricantium erroribus circa partum difficilem ejusque causae et signa. Lips. 1777.
1975. Schütte, J. H. u. G Schuster. Die wohlunterwiesene Hebamme. Frankf. u. Wesel. 1766. 1773. 8 m. K.
1976. Schütze, J. F. Geschichte e. sehr merkwürdigen 12monatlichen Schwangerschaft. Cob. 1778. 8.
1977. — Abfertigung der vermeintlich kritischen Beurtheilung seiner Geschichte einer 12monatlichen Schwangerschaft, welche in dem 94. u. 95. No. d. Frankf. gel. Anz. 1779 befindlich ist. 1780. 8.
1978. — Gründliche Anweisung zur Hebammenkunst. M. K Hildburgh. 1770. 8.
1979. — G. F., praes. Autenrieth. Diss. sistens experimenta circa calorem foetus et sanguinem ipsius. Tub. 1799. 8.
1980. Schuirmann, F. S. Diss. de signis vitae et mortis in foetu. Colon. 1779. 4.
1981. Schulz, J. J. G. Diss. de ortu et usu vernicis caseosae. Helmst. 1788 4.
1982. Schulze, J. H. Diss. de diaeta puerperarum, od. v. d. Diät der Kindbetterinnen. Halle. 1723. 4.
1983. — Diss. an funic. umbilicalis deligatio in nuper natis absolute necessaria sit. Hal. 1733. (In collect. Haller.)
1984. — De vasis umbilicalibus neonatorum et adultorum. Hal. 1733. 4.
1985. — resp. G. L. Mithobius. De abortu praecavend. Hal. 1739. 4.
1986. Schurig, M. Spermatologia. Francof. ad M. 1720. 4.
1987. — Muliebria etc. Dresd. 1728. 4.
1988. — Parthenologia h. e. virginitatis consideratio. Ibid. 1729. 4.
1989. — Gynaecologia etc. Ibid. 1730. 4.
1990. — Syllepsiologia etc. Ibid. 1731. 4.
1991. — Embryologia historico-medica, h. e. infantis humani consideratio physico-medica forensis etc. Ibid. 1732. 4.
1992. Schurr, J. Diss. de arte partuum historias conscribendi. Tubing. 1823. 8.
1993. Schwabe, E. Katechismus der Geburtshülfe für d. Hebammen, besonders auf dem Lande. Leipz. 1798. 8.
1994. — Anweisung für gerichtliche Aerzte beim Unterrichte der Hebammen. Giessen. 1803. 8.
1995. Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und Säugende, über die vorzüglichsten Fehler im Verhalten derselben, sowie in d. Behandlung der Kinder in d. ersten Lebensjahre. Berl. 1818. 8.

1996. Schwangerschaft u. Geburt in ihrem naturgemässen sowohl als regelwidrigen Verlaufe dargestellt und Nichtärzten höherer Bildung überhaupt, insbesondere aber zärtlichen Müttern, und die es werden wollen, zur Belehrung und Beherzigung empfohlen von Dr. U***. M. e. Schwangerschaftskalender. Leipz. 1828. 8.

1997. Schwarzer, A. C. Handbuch der Geburtshülfe f. Hebammen. Wien. 1822. 8.

1998. Schweighaeuser, J. F. Instruction pratique sur l'usage du forceps dans l'art des accouchemens. Paris. 1799. 8. — Practische Anweisung zu der Entbindung mit der Zange, Leipz. 1799. 8.

1999. — Archives de l'art des accouchemens, consideré sous ses rapports anatomiques, physiologiques et pathologiques. Recueillies dans la littérature étrangère. à Strassb. Tom. I. et II. an IX et X. 1801-1802. 8.

2000. — Tablettes chronologiques de l'histoire de la médecine puerpérale. Strassb. 1806. 8.

2001. — Sur quelques points de physiologie relatifs à la conception et l'économie organique du foetus. Strassb. 1812. 8.

2002. — Aufsätze über einige physiologische und practische Gegenstände der Geburtshülfe. Nürnb. 1817. 8. (Mannh. 1812.)

2003. — Das Gebären nach d. beobachteten Natur u. die Geburtshülfe nach d. Ergebnisse d. Erfahrung. Strassb. 1825 8.

2004. Schweickhard, Ch. L. Observatio de non necessaria deligatione funiculi umbilicalis, cum epicrisi. Argent. 1769. 4

2005. — Magazin für Geburtshülfe. 1. Bd. 1. St. Frankf. u. Leipz. 1794. 8.

2006. — Tentamen catalogi rationalis dissertationum ad artem obstetriciam spectantium, ab anno 1515 ad nostra usque tempora. Francof. ad M. 1795. 8.

2007. — Beschreibung e. Missgeburt. Tübing. 1801.

2007a. Schwoerer, J., de situ pelvis in ventre, cavique ejus directione spicilegium et lucubrationes, diss. in. loco pro facultate legendi etc. Frib. Brisg. apud Herder. 4.

2008. Sclanovius. H. De vasis umbilicalibus et secundinis. Francof. 1608.

2008a. Scultet, J. Armamentarium chirurg. (Χειροπλοτική) c. observat. 23 tab. exornatum. Ulmae Suevorum. 1655. Fol.

2009. Séances publiques de l'academie royale de Chirurgie, ou l'on trait de diverses matières interessantes et particulièrement de la section de la symphise des os pubis. à Paris. 1779. 8.

2009a. — de la faculté de médecine de Paris. Paris. 1815. 4.

2010. Sebiz, M. De notis virginitatis. Lugd Bat. 1641. 12.

2011. Secker. De artis obstetriciae studio medicis quam maxime necessario. Viteb. 1811. 4.

2012. Sedillot. Recueil periodique de la société de Medec. de Paris, redigé par etc. à Paris. 1796 et 1819. 8. 62 Vol. inde sub tit.: Journ. gener. de médecine, par Sedillot etc.

2013. Segner, J. A., resp. J. H. Grascurt. De abortu. Goett. 1748. 4.

2014. Seibert, J. J. De doloribus ad et post partum. Landsh. 1826. 4.

2015. Seignette, J. N. Diss. de medicamentorum laxantium abusu in graviditate et puerperio. Gott. 1801. 4.
2016. Seligmann. Diss. de morbis foetus humani. Erl. 1821.
2017. Senf, C. F. Nonnulla de incremento ossium embryonum in primis graviditatis temporibus. Hal. 1802. 4.
2018. — Lehrbuch für Hebammen. Halle. 1812. 8. m. 12 K.
2019. — Ueber die Vervollkommnung der Geburtshülfe v. Seiten des Staats u. e Geschichte d. Entbindungsschule zu Halle. Halle 1812. 8. m. K.
2020 Sermon, W. The english midwife. Lond. 1671. 8.
2020a. Serrière, S. Considerations médicales sur la femme enceinte et les causes des accidens de la grossesse. Paris. 1802. 8.
2021. Servaes, F. J. J. Anleitung zur Geburtshülfe. Osnabr. 1803. 8 m. K.
2022. Seubert, L. R. Kurzer Auszug aus der Lehre von der Hebammenkunst in Frag u. Antworten. Ulm. 1770. 8.
2023. Seydel, C. A. De tumore tubae fallopianae dextrae etc. Viteb.
2024. Siebenhaar, F. J. Observationes de tumore vaginae sanguineo ex partu oborto. Lips. 1824. 4.
2025. Siebold, A. W. K. De praestantia situs commodi in partu praeternaturali. Jen. 1792. 4. (a. in Schlegel's syll.)
2026. — G. Ch. Commentatio de cubilibus sedilibusque usui obstetricio inservientibus. Gott. 1790. 4. c. fig.
2027. — Systematische Darstellung der Manual- u. Instrumental-Geburtshülfe, zum Behuf seiner Vorlesungen herausgegeben. Würzb. 1794. 8.
2028. — Ueber die angebliche Verminderung des Gewichts d. Frucht im Mutterleibe durch die amnische Feuchtigkeit. Würzb. 1796 4.
2029. — Ad. E. von. Diss. in med. obstetric. sistens conceptionis et graviditatis saepe dubiam. Virceb. 1798 4.
2030. — Ein Paar Worte an seine Zuhörer über einige Gegenstände d. Geburtshülfe. Würzb. 1799. 8.
2031. — Lucina, eine Zeitschrift zur Vervollkommnung d. Entbindungskunst herausgegeben u. s. w. I—IV. Bd. Leipz. 1802-1808. 8. V-VI. Bd. Marb. 1809-1811. 8
2032. — Annalen der klinischen Schule an d. Entbindungsanstalt z. Würzburg. Leipz. 1. B. 1. Heft. 1806. 8.
2033. — Ueber practischen Unterricht in d. Entbindungskunst nebst e. systematischen Uebersicht seiner practischen Uebungen am Fantom. Nürnberg. 1803. 8. 2te Ausg. Leipz 1818. 8.
2034. — Neues Journal für d. Chirurgie, Arzneikunde u. Geburtshülfe. Bd. 1. St. 1. Berlin. 1803. 8. m. K.
2035 — Abhandlung über e. neuen v. ihm erfundenen Geburtsstuhl. M. 3. K. Weimar 1804.
2036. — Ueber Zweck u. Organisation d. Klinik in e. Entbindungsanstalt. Bamberg u. Würzburg. 1806. 8.
2037. — Lehrbuch der Hebammenkunst zum Unterricht f. Hebammen u. z. Belehrung f. Mütter entworfen. Würzb. 1808. 8. 4te Auflage. Ebend. 1822. 8.
2038. — Geschichte der Hebammenschule z. Würzburg. 1810. 4.
2039. — Handbuch zur Erkenntniss u. Heilung d. Frauenzimmer-Krankheiten. 3 Theile. Frankf. 1811-1826. 8.

2040. Siebold, A. E. v. Journ. f. Geburtsh., Frauenzimmer- u. Kinderkrankheiten. Frankf. 8. 1813 bis auf d. jetzige Zeit.
2041. — Ueber die Gränzen d. Natur u. Kunst in Beziehung auf d. Nachgeburtsgeschäft. Würzburg 1814. 8.
2042. — Ueber d. Gebärmutterkrebs, dessen Entstehung und Verhütung. Berlin. 1824. 8.
2043. — De paediometro commentarius, quo ad audiendam orationem etc. invitat. Berol. 1818. 4. c. tab. aen.
2044. — Oratio ad inaugurandum institutum obstetricium universitatis Berolin. Berol. 1818. 4.
2045. — Ueber ein bequemes einfaches Kissen zur Erleichterung der Geburt. Berlin 1818. 8.
2046. — Lehrbuch d. theoretischen Entbindungskunde. 2 Bde. Leipz. 1803 - 1804. 4te Aufl. Nürnb. 1824. 8. Lehrbuch d. practischen Entbindungskunde. Nürnb. 1821. 8.
2047. — Ed. C. J. de. Commentatio exhibens disquisitionem, an ars obstetricia sit pars chirurgiae. Gott. 1824. 4.
2048. — Diss. de scirrho et carcinomate uteri. Berol. 1826. 4.
2049 — Anleitung zum geburtshülflichen technischen Verfahren am Phantome u. s. w. Berlin. 1828. 8.
2050. — Abbildungen a. d Gesammtgebiete d. theoretisch-practischen Geburtshülfe, nebst beschreibender Erklärung. Nach d. Franz. d. Maygrier bearbeitet u. m. Anmerk. versehen. Berlin. 1829. 8.
2050a. — Die Einrichtung der Entbindungsanstalt an der königl. Universität zu Berlin. Berlin. 1829. 8.
2051. — Cl. Progr. de haemorrhagiis uteri gravidarum etc. Virceb. 1814. 4.
2052. Siegmundin, Justine. Die Brandenburgische Hofwehemutter, das ist ein höchst nöthiger Unterricht von schweren und unrecht stehenden Geburten etc. Cöln a. d. Spree. 1690. 8. 1692. 1708. 4. — Die königl preuss u Chur-Brandenburgische Hofwehemutter etc. 4te Auflage. 1723. 1756. 4. m. K. Ins Holl. übers. v. C. v. Solingen unter d. Tit.: Spiegel der Vroedvrouwen. Amsterd. 1691. 4.
2053. Sigwart, G. Fr., resp. G. B. Biifinger. De hydrope uteri gravidi. Tubing. 1761. 4.
2054. — A. J. D. Historia gemellorum coalitorum monstrosa pulchritudine spectabilium. Tub. 1769. 4. c. tab.
2055. — G. Fr, (auctor) et praes. resp. C. G. Seeger diss. inaug.: An sub partu humano, etiam naturali, emoveantur innominata adeo pelvis ossa, seu, quae vulgaris nostratium vox est: Ob die Geburtsschlösser auch bei einer natürlichen Geburt müssen eröffnet werden. Tübing. 1774. 4.
2056 — et Manner. Diss. de exploratione per tactum, utilissima et summe necessaria artis obstetriciae encheiresi. Tub. 1781. 4.
2056a. Sigault, J. R: An in partu contra naturam sectio symphisium ossium pubis sectione caesarea promtior et tutior,? Andegav 1773. 4.
2057. — (Sigault Lafond). Précis de ce, qui s'est passé à la faculté de Medecine à Paris, au sujet de la section de la symphise des os pubis pratiquée sur la femme Souchot, à Paris 1777. 4.

2058. Sigault, J. R. Discours sur les avantages de la section de la symphise dans les accouchemens laborieux et contre nature. ibid. 1779. 8.

2059. — Analyse de trois procès verbaux faits à l'occasion de l'operation de la symphise sur la femme Vespres, avec des réflexions sur ces procès-verbaux et sur cette operation. à Paris. 1778. — Uebers. in d. Samml. auserl. Abhandl. für Wundärzte. 1779. 1 3. St.

2060. Silber, Ch. F., praes. J. H. Autenrieth. Diss. de viribus naturae medicatricibus in situs foetuum iniquos. Tub. 1799. 8.

2061. Silberling, J. Versuch über die Anfangsgründe der Hebammenkunst. Wien 1779. 1786. 8. m. K.

2062. Simeons. De re universa instrumentaria in arte obstetricia etc. Marb. 1792.

2063. Simon. Factum, ou lettre de Simon à Mr. Peu sur la falsification, qui se trouve à la fin de son premier livre des accouchemens. à Paris. 1695. 4.

2064 Simmons, W. Reflexions on the propriety of performing the caesarean operation etc. London. 1798. 8.

2065 — Detection of the fallacity of Dr. Hull's Defence of the caesarean operation etc. Manchester. 1799. 8.

2066. Sinz, J. N. De paralysi uteri post partum. Erl. 1812.

2067. Sippel, J. Fr. Forceps Levretiana utrum praestantissimum sui generis instrumentum sit, an deterrimum? Marb. 1810. 8.

2068. Sleurs, P. W. Vroed en werktuigkundige proefnemingen waar door de Hefboom verbeterd, en deszelos gebruik, to redding van de geklemde of door de beenderen des bekkens opgehoudene boofden, vitgestrekter en veiliger gemaakt word. Utrecht. 1783. 8.

2069. Slevogt, J. H. De muliere gravida lapsu vaginae uteri laborante. Jen. 1700.

2070. — Diss. de partu Thamaris difficili et perinaeo inde rupto. Jen. 1700.

2071. — Progr. de fetus nutritione in utero materno. Jen. 1699. 4.

2072. — J. H., resp. C. E. Schelhaas. De dolorum partus spuriorum c. veris collatione. Jen. 1702. 4.

2073. — Progr. de singularibus quibusdam partus impedimentis. Jen. 1704.

2074. — et T. W. Jacobs. Diss. de partu caesareo. Jen. 1709. 4.

2075. — Prolusio de embryulcia Hippocratis. Jen. 1709. 4.

2076. Smellie, W. A Treatise on the Theory and Practice of Midwifery. Lond. 1752. 8. New Edit. in three Vol. 1779. 8. — Teutsch v. Dr. Zeiher: Theoretische u. praktische Abhandlung v. d Hebammenkunst. Altenb. 1755. 8. Ins Franz. v. Preville. Paris. 1754. 1771. 8. Ins Holl. v. M. van der Hagen. Amsterd. 1765. 4.

2077. — A collection of cases and observations on Midwifery. Lond. 1754. u. 1779. II Vol. — Eine Sammlung besonderer Fälle u. Anmerkungen etc. A. d. Engl. v. Dr. G. H. Königsdorfer. Altenb. 1763. 8. Versio gall. auct. Preville, Paris. 1770. 8.

2078. Smellie, W. A. A collection of praeternatural cases and observations in surgery. Lond. 1768. 8.
2079. — A set of anatomical tables with explanations and an abridgement of the practice of midwifery. Lond 1754. Fol. maj. — Edit. nova, correcta et revisa ab A. Hamilton. Lond 1787. Fol. maj. — A. d. Engl übers. v. Dr Huth: Tabulae anatomicae etc. m. 39 Taf. Nürnberg. 1758. Fol.maj. lat. u. teutsch. — In Octav mit teutschem Text u. kurzen Prüfungen d. Sigault'schen Operation v. C. L. B. (Becker in Augsburg) mit XL Kupfertaf. Augsb. 1782. 8.
2080. Snips, Folk. Vroedkundige Aanmerkingen en Afbelding eener bezwangerden Baermoeder. Amsterd. 1793. gr. Fol. m.K.
2081. Solcinus, A. Diss. de foetu hydropico. Basil. 1751 4.
2082. Soemmerring, S. T. Abbildungen u. Beschreibungen einiger Missgeburten, die sich ehemals auf d. anatomischen Theater in Cassel (jezt in Marburg) befinden. M. 12 K. Mainz. 1791. Fol.
2083. — Ueber die Wirkungen d. Schnürbrüste. M. K. Berlin. 1793. 8. Neue, völlig umgearbeitete Auflage.
2084. — Tabula sceleti feminini c. descriptione. Francof. ad Moen. 1796. Fol.
2085. — Icones embryonum humanorum. Francof. a. M. 1799. Fol.
2086. Sohler, J. De superfoetatione. Viennae. 1825.
2087. Solayres de Renhac, F. L. Elementa artis obstetriciae. (Diss. inaug.) Monspell. 1765. 4.
2088. — Diss. de partu viribus maternis absoluto. Paris. 1771. 4.
2089 Solingen, C. von. Embryulcia vera, ofte waare afhalinge eenes dooden Vrugts door de hand des heelmester's, neffens het Ampt en Pligt der Vroedvrouwen, mitsgaders bysondere aanmerkingen de Vrouwen en Kinderen betreffende. Gravenh. 1673. 12. — Ins Teutsche übers. 2 Theile. Merseb. 1691. 8.
2090. — Alle de medicinale en chirurgische Werken, mitsgaders Embryulcia vera etc. t'Amsterdam. 1698. 4. m. viel. K.
2091. — Ad. Oratio inaugur. de praestantia recentiorum in arte obstetricia progressuum. Middelb. 1793. 8.
2092. — Het werktuiglijke dér verlossing verklaard, betoogt en herleidt tot een algemeen Grondbeginzel. Leid. 1799. 8. Das Mechanische d. Geburt; a. d. Holl. v. Dr. Salomon. Hannover. 1801.
2093. — Over de Verpligtingen des Verloskondigen in het bestuar der Hartstochten by de Geboorte van den Mensch (über die Pflichten des Geburtshelfers in Ansehung d. Bezähmung seiner Leidenschaften etc.) Middelb. 1801. 8.
2094 Sommer, J. Chr. Diss. in. de partu laborioso selectae observationes. Gott. 1765. 4.
2095. — Beobachtungen u. Anmerkungen über d. in d. Gebärmutter zurückgebliebenen u. in e. Sacke eingeschlossene Nachgeburt, wobei zugleich d. Anfang d Uebungen in d. Geburtshülfe i. d. neuen Hospitale bekannt gemacht wird. Braunschw. 1768. 4.
2096. — Geschichte e. Zwillings-Kaisergeburt. Leipz. 1788. 8.
2097. — Die Axe des weiblichen Beckens beschrieben nebst e. K. Braunschw. 1791. 8.
2098. — Praenotionum obstetric. fasc. II. Brunsvig. et Helmstadt. 1794-1801. 8.

2099. Sommer, J. L. F. H. Diss. in. de menstruationis natura et ratione. Erl. 1821. 4.
2100. — J. D Diss. de conceptione sine menstruis biga casuum confirmata. Jen. 1786. 4.
2101. Sousi, J. Bemerkungen über eine Person, welche eine Muttertrompetenfrucht eilf Jahre bei sich trug. Crem. 1797. 4.
2102. Σοράνου περὶ μέτρας, καὶ γυναικείου αἰσοίς. Ex Bibl. reg. Paris. 1554. 8
2103. Spach, Isr. Gynaecia s. de mulierum affectibus et morbis. Gr. Arab. Lat. et recent. quotquot extant. cura I. Sp. Arg. 1597. Fol.
2104. Spangenberg, G. W., praes. Wrisberg. Diss. sistens observationum obstetriciarum de partu clunibus praeviis peracto decadem. Gott. 1780. 4.
2104a. — G. A. Ueber die Blutflüsse. Braunschw. 1805.
2105. Speculations on the mode and apparances of impraegnation in the human female with an examination of the presents theories of Generation by an Physician. Edinb. 1789. 8. Teutsch: Betrachtungen über die Schwängerungen u. s. w. von C. F. Michaelis. Zittau. 1791. 8.
2106. Speer, J. F., praes. Juch. Diss. de molarum generat. ac curatione. Erford. 1732. 4.
2107. Spence. Diss. de sanguinis ex utero gravidarum et puerperarum profluviis. Edinb. 1767.
2108. — D. System of Midwifery. 2 Vol. Lond. 1784. 8. A. d. Engl. System d. theoretischen u. practischen Entbindungskunst. Schweinf. 1787. 8.
2109. Spiegel, A. Epist. de incerto tempore partus. Patav. 1616. 8.
2110. — De formato fetu liber. Patav. 1626. 9 K. Fol.
2111. Spies, Th. De operationum obstetriciarum indicationibus. Kil. 1827. 4.
2112. Spiessenhof, L. a. Diss. de partu praeternaturali ex disproportione inter caput foetus et pelvim orto. Heid. 1742.
2113. Spohr, C. H. Diss. meditata in casum med.-pract. de vomitu biloso in gravida. Altd. 1780. 4.
2114 Sprengel, C. Versuch e. pragmat. Geschichte d. Arzneikunde. Halle. 1-4r Th. (1792-1799) 1801. 5r Th. 1803. 8. 5n Thls. 1. u 2. Abth. 3. umgearb. Aufl. 1828. 8. Halle.
2114a. — Geschichte der Chirurgie. 1r Th. 2r Th. v. W. Sprengel; auch unt. d. Tit.: Geschichte der chirurg. Operationen. Halle 1805-1819. 8.
2115. Sproegel, J. C. Die neuangekommene Kindermutter. Hamb. 1722. 8.
2116. Stabel, J., praes. J. v. Buchwalden. Diss. de doloribus parturientium spuriis. Hafn. 1734. 4.
2117. Stahl, G. E., resp. J. Kanold. Diss. de abortu et foetu mortuo. Hal. 1704. 4.
2118. Stark, J. Ch. Commentatio medica de universali nuperrimo celebrato partum levante, adjunctoque recto opii usu in graviditate, partu et puerperio. Jen. 1781. 4.
2119. — Hebammenunterr. in Gesprächen u. s. w. Jen. 1782. 8.
2120. — Archiv f. d. Geburtshülfe, Frauenzimmer- u. neugeborner Kinder-Krankheiten. VI Bde. Jena. 1787-1797. 8.

2121. Stark, J. C. Neues Archiv f. d. Geburtshülfe mit Hinsicht auf d. Physiologie, Diätetik u. Chir. Jena. 1798-1804. III Bde. 8.

2122. — Diss. de hernia vaginali et structura uteri, observatione illustrata. Jen. 1796. 8.

2123. — d. J. Anweisung zum chir. Verband. Berlin. 1802. m. K.

2124. — K. W. Diss., qua intimus grav. lact, mensiumque profluvii consensus et convenientia ex propria mulieris vi et natura deductus demonstratur. Jen. 1811.

2125. — J. G. De commissurarum cap. coalitione. Progr. I et II. Jen. 1828. 4.

2126. — G. M. De perforationis et perforatorii historia. Jen. 1822. 4.

2127. Staub, A. Bemerkungen u. Beobachtungen über d. Geburtshülfe. Herausgeg. v. K. Pfenninger. Bregenz. 1795. 8.

2128. — Sichere Heilart d. faulartigen Fieber, nebst e. Anhange v. einer 44monatlichen Schwangerschaft. Strassburg. 1802.

2129. Stegmann, J. G. Beschreibung d. Milchpumpe. Cassel. 1783.

2130. Stegmayer, F., praes. L. S. Riecke. Diss. in. de laparotomia obstetricia. Tub. 1828. 8

2131. Steidele, J. R. Unterricht f. d. Hebammen. Wien. 1774. 2te Ausgabe: Lehrbuch v. d. Hebammenkunst m. 26 K. versehen. Wien. 1779.

2132. — Lehrbuch v. d. unvermeidlichen Gebrauche d. Instrumente in der Geburtshülfe. Wien. 1774. 8 Neue verm. Aufl. Wien 1785. 8. m. 1 K.

2133. — Sammlung merkwürdiger, u. für Aerzte, Wundärzte, hauptsächlich aber f. Geburtshelfer u. Hebammen nützlicher Beobachtungen v. d. in d. Geburt zerrissenen Gebärmutter; m. Anm. u. K. Wien 1774. 8.

2134. — Nachtrag zur Sammlung u. s. w. Ebend. 1775. 8.

2135. — Verhaltungsregeln für Schwangere, Gebärende u Kindbetterinnen in d. Stadt u. auf d. Lande. Wien. 1787. 8. m. 5 Vignetten.

2136. Stein, G. W., d. Aeltere. Diss. in., praes. Roederer, de signorum graviditatis aestimatione. Gott. 1760. 4.

2137. — Progr. de versionis negotio pro genio partus salubri et noxio vicissim. Cassell. 1763. 4.

2138. — Progr. de mechanismo et praestantia forcipis Levretianae. Cassel. 1767. m. 2. K.

2139. — Progr. de praestantia forcipis ad servandam foetus in partu difficili vitam. Cass. 1771. 4. Uebers. v. J. P. Schotte in Baldinger's Magaz.

2140. — Theoretische Anleitung zur Geburtshülfe etc. Cass. 1770. 8. m. K. 5te Aufl. Marb. 1797. 8. m. 12 K. Und practische Anleitung z. Geburtsh. in widernatürlichen Fällen. Cass 1772. m. K. 4te verm. verb. Aufl. Marb. 1797. 8. m. 12 K 7te Aufl., von G. W. Stein d. J. besorgt. Marb. 1805. 8. m. K. — Versio ital., trad. da Monteggia. Vol. 2. Venez. 1799. 8. — Versio Gallica, auct. P. F. Briot. Vol. 1. 2. Paris. 1804. 8.

2141. — Hebammencatechismus zum Gebrauch d. Hebammen in d. Grafschaft Lippe. Lemgo 1776. 8. Hanau. 1784.

2141a. — Katechismus zum Gebrauch d. Hebammen in d. hochfürstli. hessischen Landen nebst Hebammenordnung u. Anlagen. Marb. 1801. 8.

2142. Stein, sen., G. W. Kurze Beschreibung e. neuen Geburtsstuhls u Bettes, sammt der Anweisung zum vortheilhaften Gebrauche dess. Cassel. 1772. 4. m. 4 K.
2143. — Kurze Beschreibung e. Brust- u. Milchpumpe, sammt d. Anweisung zu d. vortheilhaften Gebrauch bei Schwangeren u. Kindbetterinnen. Cassel. 1773. 4. m. 1 K. — Auch v. dem Verfertiger Breithaupt herausg.
2144. — Progr. Kurze Beschreibung eines Baromacrometers u. e. Cephalometers, als nützliche Werkzeuge in der Entbindungskunst. Cassel. 1775. 4. m. 1 K.
2145. — Progr. Kurze Beschreibung e. Pelvimeters, als ein etc. Cassel. 1775. 4. m. 1 K.
2146. — Progr. Practische Abhandlung von der Kaisergeburt, in zwo Wahrnehmungen. Cassel 1775. 4.
2147. — Progr zur frohen Feier etc. Vorher werden einige neue in der Geburtshülfe nützliche Werkzeuge bekannt gemacht (Stein's einfacher u. Coutouly's Beckenmesser.) Cassel. 1782. 4. 1 K.
2148. — Progr. zur frohen Feier u. s. w. Voran geht die Beschreibung e. Labimeters, sammt d. Anwend. dess. in der Geburtshülfe. Cass. 1782. 4. m. 1 K.
2149. — Progr. z. d. feierlichen Antritt u. s. w. Es wird eine merkwürdige Kaisergeburtsgeschichte bekannt gemacht. Cassel. 1782. 4. m. 1 K.
2150. — Kleine Werke zur praktischen Geburtshülfe. Marb. 1798 8. m 13 K.
2151. — Nachgelassene geburtshülfliche Wahrnehmungen. 1r Th. 2 Bde Marb. 1807.
2152 — der Jüngere, G. W. Diss. de pelvis situ ejusque inclinatione. Marb. 1797. 8.
2153. — Geburtshülfliche Abhandlungen. 1s Heft. Marb. 1803. 8.
2154. — Annalen d. Geburtshülfe u. d. Entbindungsanstalt in Marburg insbesondre. Leipz. (Marb.) 5 St. 1808-1811. 8. m. K.
2155. — Neue Annalen der Geburtshülfe. 1r Bd. Mannh. 1813. 8.
2156. — Was war Hessen der Geburtshülfe u. was die Geburtshülfe Hessen? Bonn. 1819. 4.
2157. — Lehre d. Hebammenkunst, aufgestellt mit Rücksicht auf Aerzte u. Nichtärzte, welche die Ausübung berücksichtigen möchten. M. 2 Kupfertaf. Elberf. 1822. 8.
2158. — Der Unterschied zwischen Mensch u. Thier im Gebären. Bonn. 1820. 8.
2159. — Die Lehranstalt d. Geburtshülfe z. Bonn; ihr Anfang u. Fortgang, ihre wissenschaftlichen Hülfsmittel, ihre Ausdehnung etc. Elberf. 1823. 8.
2160. — Die Lehre der Geburtshülfe, als neue Grundlage des Faches, insonderheit als Leitfaden bei Vorlesungen. 1r Th. Elberf. 1825. 8. m. 18 Abbild. auf 5 Tafeln. 2r Th. Ebend. 1827. 8.
2161. Steinmetz, C. G. Diss de abortu. Jen. 1788. 4
2162. Steinthal, M. Diss. de menstruorum tam normali, quam abnormi decursu. Berol. 1821. 8.
2163. Stenzel, C. G., resp. Nicolai. De concepti incremento foetus. Viteb. 1726.
2164. Stephani, F. A. Diss. de vagitu uterino. Berol. 1827. 8.

2164a. Stephan, M. Domestic midwifer, or the best means of preventing danger in childbirth. Lond. 1795. 12.
2165. Sterre, D. van der. Voorstelling der Noodzackeligkeit der kayserlyke Sneed — van de baaring. Leid. 1682. 12.
2166. Stisser, J. C. Kurzer Unterricht vor Frauenzimmer, u. sonderlich vor Wehmütter u. s. w. Leipz. 1712. 1783. 8. m. K.
2167. Stolbwas (Stobaeus). Diss. de haemorrhagia uteri in graviditate. Erlang. 1804.
2168. Stoehrer, C. G. Diss. de quibusdam paragomphoseos remediis praesertim forcipis utilitate. Viteb. 1795. 4. c. fig.
2169. Stoerk. De conceptu, partu naturali, difficili et praeternaturali. Vienn. 1757.
2170. Stoll, C. G. et Emmert, F. A. Diss. med. chir. illustrans graviditatis tubariae casum. C. tab. aen. Tubing. 1819.
2171. Stoltz, J. A. Considerations sur quelques points relatives à l'art des accouchemens. Strassb. 1826. II. Sur le mecanisme de la parturition.
2172. Stone, S. Complete practice of midwifery. Lond. 1737. 8.
2173. Storch, J. (alias Pelarchi.) Unterricht vor Hebammen etc. Gotha. (1746.) 8 m. K.
2174. — Von Hebammen u. von Krankheiten d. Weiber. 8 Thle. Eisenach. 1747 - 1753. 8
2175. Storr, F. C. C., praes. Jaeger. Observat. de fetibus jam in utero mortuis. Tubing. 1767. 4.
2176. Strack, C. Von den Betrügereien der Ammen. A. d. Lat. von F. A. Waitz. Leipz. 1782.
2177. Stracke, G. P. F. Diss. de metrorrhagia abortiva. Marb. 1824. 8.
2178. Straus, L. Resolutio observationis singularis Mussipontani foetus extra uterum in abdomine retenti, tandemque lapidescantis. Darmst. 1661. edit. alt. 1663. 1669. 4.
2179. — Collectio historica de foetu Mussipontano. Franc. 1669. 4.
2179a. Strewe, J. D. de Cephalaematomate seu sanguineo cranii tumore externo recens natorum. Giess. 1828. 8.
2180. Stricker, C. G. Diss. in. de uteri scirrho et carcinomate cum graviditate complicatis. Berol. 1820.
2181. Struve, Ch. A. Hebammentafel oder Uebersicht d. Verhaltens der Hebammen u. Mütter bei natürlichen Geburten. Görlitz. 1796. Fol.
2182 — Wie können Schwangere sich gesund erhalten? Hannov. 1800.
2183. — C. E. G. Diss. de physiologia partus. Hal. 1800. 8.
2184. Sue, le jeune, P. Essai historique, littéraire et critique sur l'art des accouchemens. Paris. 1779. 2 Vol. 8. Uebers. Altenb. 1786 u. 1787. 8.
2184a. — Diss. de sectione cesarea. Paris. 1763. 4.
2185. Sulzberger, S. R., resp. Crusius. De abortu. Lips. 1669. 4.
2186. — Positiones med. de mola. Lips. 1690. 4.
2187. Susewind, F. F. De graviditate ovaria. Berol. 1820.
2188. Sutthoff, N. J. Diss. sistens vectis Roonhuysiani histor. fata et usus. Gott. 1796. 8
2189. Swammerdam, J. Miraculum naturae, s. de uteri muliebris fabrica notis in J. van Horne prodromum illustrata. Lugd. Bat. 1672. 4. c. II tab. 1679. 1729.

2190. Sylvius, J. Commentarius de mensibus mulierum et hominis generatione. Paris. 1556.
2191. Szele, A. De damnis gravioribus ex abortibus praecipue frequentioribus oriundis eorumque genesi. Altd. 1750. 4.

T.

2192. Tak, J. Specimen obstetricium de partu difficili capite infantis praevio. Lugd. Bat. 1755.
2193. Tailford. Diss. de ulcere uteri. Lugd. Bat. 1765. 4.
2193a. Tailhaud, J. B. E. Propositions générales sur les accouchemens contre nature. Paris. 1806. 4.
2194. Tanaron, P. P. L'Obstetricia ovvéro l'arte di raccogliere i parti, e di soccorere le Donne nelle malettie, che accompagno la loro gravidanza, ed in quelle che soppravvengono loro dopo il parto, e di sollevare i bambini nelle loro malattie dopo la nascita. Firenze. 1768. 8. m. 9 K. — Zweite Ausgabe: Il Chirurgo Raccoglitore moderno etc. III. Tom. Bassano. 1774. 8.
2195. Tap. Observations sur les accouchemens précipités, dans lesquelles on demontre les dangers auxquels les femmes sont exposés par l'ignorance des accoucheurs et des sages-femmes, qui contrarient l'opération de la nature, en voulant accélerer le terme de la délivrance. à Paris. 1796. 8.
2196 Teichmeyer, H. F., resp. G. A. C. Schelhasius. Diss. de vomitu gravidarum, primis plerumque gestationis mensibus fiente. Jen. 1738. 4.
2197. Telenge, J. Cours d'accouchemens en forme de Catechisme. à Paris. 1776. 8.
2198 Temler, A. F. Diss. in. de uteri putresc. Dorp. 1828. 8.
2199. Terne, C. De abortu et partu praematuro. Lugd. Bat. 1778. 4.
2200 Terne, C. Lucina entdeckende. Leyden 1784. 8.
2201. Textor, C. Der neue Chiron. Sulzb.
2202. Thamm, C. De genitalium sexus sequioris varietatibus. Hal. 1799. 4.
2203. Thau, J. G., praes. Bochmer. De abortu habituali. Halae 1772. 4.
2204. Thebesius, J. E. Hebammenkunst. Hirschb. u. Liegn. 1756. 1767. 1779. 8. m. K.
2205 Themel, J. Ch. Hebammenkunst, oder gründl. Unterweisung, wie eine Hebamme in ihren Verrichtungen vernünftig verfahren soll. Leipz. 1747. 8.
2206. Thenance, J. S. Nouveau forceps non croise, ou forceps du celebre Levret perfectionné en 1781, avec la manière de s'en servir. Lyon an X. 1801. 8. m. K.
2207. Theurer, C. F., praes. Riecke. Diss. in. de diminutione foetus obstetricia. Tubing. 1824. 8. P. I.
2208. — Ch. F., praes. Riecke. Diss. in. de diminutione foet. obstetricia. Tubing. 1824. 8. P. II.
2209. Theys, L. B. De abortu. Argent. 1805. 4.

2210. Thiery, J. M. De partu difficili a mala conformatione pelvis. Paris. 1764. 4.
2211. Thilenius, M. G. Kurzer Unterricht für d. Hebammen u. die Wöchnerinnen auf d. Lande. Cassel. 1769. 3te Aufl. Cassel u. Marb. 1810. 8. (nach d. Tode d. Verf.)
2212. Thode, C. M. De partus mechanismo. Lugd. Bat. 1777.
2213. Thom, G. Observat. de conceptione ovaria cum epicrisi conceptionis ovariae in genere et hujus casus in specie. Giess. 1781. 4.
2214. — Erfahrungen u. Bemerkungen aus d. Arzneiwissenschaft, Wundarzneik. u. Entbindungswissenschaft. Frankf. 1799. 8.
2215. Thomas, J. A., praes. Seiler. Diss. sistens conspectum instrumentorum, quae ad partum innormalem promovendum commendata sunt. Viteb. 1808. 4.
2216 — G. Diss. in. de vario situ parturientibus, cum foetus caput regulae haud convenienter est positum, praecipiendo. Dorpati. 1828. 8.
2217. Thompson, G. The compleat Midwifes practice enlarged etc. Lond. 1680. 8.
2218. Thorer, S. T. Diss. in. de abortu. Berol. 1818. 8.
2219. Thurneysen. Diss. de causis haemorrhagiarum in gravidis. Bas. 1751. 4.
2220. Tiedemann, F. Anatomie der kopflosen Missgeburten. Landsh. 1813. Fol.
2221. — Tabulae nervorum uteri. Heidelb. 1822. Fol.
2222. Tietzel, B. F. A. Diss. de transfusione sanguinis. Berol. 1824. 8.
2223. Tiling, M. De tuba uteri deque foetu nuper in Gallia extra uteri cavitatem in tuba concepto etc. exercitatio anatomica. Rintel. 1670 12.
2224. — De placenta uteri. Ibid. 1672. 12.
2225. Titsing, A. Diana ontdekkende het geheim der dwaasen die sich Vroedmeesters noemen ter eeren van Chirurgia geschreeven. t'Amsterd. 1750. 4.
2226. Toats, G. Diss. de partu, qui maternis viribus absolvitur. Duisb. 1775.
2227. Tode, J. C. De asphyxia neonatorum. (Hafn.) 1793.
2228. — Med. Journal. I-II Bd. Kopenh. u. Leipz 1793-1796. III-V. Bd. auch unter dem Tit.: med. chir. Journ. 1797-1804. 8.
2229. Toel, G C. Diss. de forcipis usu in paragomphosi capitis. Lugd. Bat. 1761. 4.
2229a. Toggenburg, H U. D. de prolapsu uteri. Berol. 1828. 4. c. tab lithogr.
2230. Tollberg, J. G. De varietate hymenum. Hal. 1791. 4. — Acced. tab. aen. hymenis specimina tria virginum; unicum puerperae sistens.
2231. Tolver, A. The presente state of midwifery at Paris, with a theory of the cause and mechanism of labours. London. 1769. 1770. 8.
2232. Topp, E. A. Diss. sistens forcipis obstetriciae nuperrime inventae descriptionem. Jen. 1800. 4.
2233. Torally, A Dissertation sur l'accouchement après la mort, à Paris. 1804. 4.

2233a. Torkos, J. J. Observat. anatom. med. de monstro bicorporeo virgineo, anno 1701 in Pannonia, infra Coramonium, in lucem edito atque anno 1723 Posonii in coenobio Monialium St. Ursali morte functo ibidemque sepulto.

2234. Touche, G. de la. La tres-haute et très souveraine science de l'art et industrie naturelle d'enfanter, contre la maudite et perverse imperitie des femmes, qui l'on nomme sages-femmes, les quelles par leur ignorance font journellement perir une infinité de femmes et d'enfans etc. à Paris. 1587 8.

2234a. Tourrette, J. C. E de la, l'art des accouchemens, propre aux instructions élementaires des élèves en chirurgie. Vol. 1-2. Angers. 1787. 12.

2235. Tramin, G. De genitalium sexus sequioris varietatibus. Hall. 1799. 4.

2236. Tranquillini, G. Dottrina della comare, o sia breve compendio d'arte obstetricia. Verona. 1770. 8.

2237. Transactions philosophical, giving some account of the present undertakings, studies and labours of the ingenious in many considerable parts of the world. Lond. 1665. st seq.

2238. — med. published by the college of physicians in London. London. 1768-1820. 8. Vol. 1-6.

2239. — of a society for improvement of med. and chir. Knowledge. Lond. 1793 1812. III. Vol. 8.

2240 — of the college of physicans in Philadelphia. Philad. 1793. 8. Vol. 1.

2240a. — philosophical of the royal society of London for the years 1810 etc. 4. m. K.

2241. — of the Irish academy. Dublin. 1805-1810. XI Vol. 8.

2242. — of the physico-medical society of New-York. New-York 1817. 8. vol. 1.

2243. — med chirurgical, published by the med. and surgic. society of London. London. 1810-1825. vol. 1-13. 8. — Med. chir. Abhandl, etc. übersezt von E. Osann. Berlin. 1811. 8. m. 6 K.

2244. — of the associations of fellows and licentiates of the King's and Queens college of physicians in Ireland. Dublin. 1817-1824. 8. Vol. 1-4.

2244a. — of the associated Apothecaries and Surg. Apothecaries of England and Wales. London.

2244b. — of the med. chir. Society of Edinburg instituted 1821. vol. 1-2. Edinb 1824 1826. 8.

2244c. — of the Society for the Encouragement of Arts, Manufact. etc.

2245. Tressart, P. Emmenologia. Leodii. 1712. 8.

2246. Trew, C. J. Commercium litterarium ad rei medicae et scientiae naturalis incrementum institutum, Norimb. 1751-1745. XV. Volum.

2247. — De chylosi foetus in utero. Norimb. 1715. 4.

2248. — De differentiis hominis nati et non nati. Altorf. 1736.

2249. Tribolet, A. von. Sorgfalt f. die Brüste junger Frauen etc. A. d. Lat. Leipzig. 1794.

2250. Trinchinetti, Giuseppe. Observazioni sopra la retroversione dell' utero sugli aborti, e su quelli specialmente procedenti della sifylide, sulla emorrhagia d'utero sopra alcuni

parte difficili e sula lazerazione della vagina e del perineo. Milano. 1816.

2251. Trioen, C. De partu difficili et methodo extrahend. foet. mort. Lugd. Bat. 1710. 4.

2252. Trompert, L. G. Spec. in. med. sistens theses quasdam de pelvi humana. Duisb. 1803. 4.

2253. Troschel, G. H. J. Diss. de morbis ex situ alieno uteri in quacunque feminali epocha generalia quaedam tradens. Prag 1760.

2254. Trotulae (Eros) curandarum aegritudinum muliebrium ante in et post partum libellus. E recens. Aldi emendationibus atque animadversionibus illustratus, accessere H. Kornmanni quaestiones: de virginum statu et jure observationibus aucta. Lips. 1778. 8.

2255. Türk, J. E. Historia mulieris varia ossa per alvum ejicientis. Ultraject. ad Rh. 1727. 4.

2256. Turnbull, W. A case of extrauterine gestation of the ventral Kind. Lond. 1791. Fol. m. K.

U.

2257. Uhthoff, J. G. Cephaloductor, oder Versuch e. neuen Entbindungs-Instruments etc., nebst Beschreibung u. Darstellung e. neuen Geburtsstuhls. Hannov. 1812. 4. m. Fig.

2258. Ulsamer, A. Diss. in. de partu praematuro arte legitime procurando. Virceburg. 1820. 8.

2259. — Das Nachgeburtsgeschäft u. seine Behandlung. Nach Thatsachen bearbeitet. Würzb. 1827. 8.

2260. Underwood, M. A treatise on the Diseases of Children, with Directions for the management of infants from the Birth. Die neueste Ausgabe ist d. Eigth Edition revised, with nothes and observations by S. Merriman. London. 1826. 8. — Ins Franz. übers. v. de la Salle mit Vorrede v. Jadelot.

2261. Unger, J. Kritische Untersuchungen über d. bisher gewöhnlichen Haltungen u. Lagen zur natürlichen Geburt etc. Hadamar. 1805. 8.

2262. Unterweisung säugender kreissender Wöchnerinnen, samt e. Verzeichniss gesunder und ungesunder Speisen. Halle. 1591. 8.

2263. Unverzagt, G. L. Diss. sistens sellae obstetriciae ab auctore nuperrime inventae descriptionem. Goett. 1796. 8. m. K.

2264. Unzer, J. C. Diss. in.: cur foeminis europaeis et illustrib. prae aliis gentibuset rusticis partus sint laboriosiores. Goet. 1771. 4.

2265. Unzer et Uden. Diätetik der Schwangeren u. Säugenden. Braunschweig. 1796.

2266. — Joh. Katechismus f. Hebammen, oder fassliche Anweisung zur Erlernung u. Ausübung d. Hebammenkunst. Leipz. 1829. 12.

V.

2267. Vahle, B. Fr. Diss. de retroversione uteri. Berol. 1817.

2268. du Val, M. C. De blepharoblennorrhoea neonatorum. Landish. 1824. 8.

2269. Valentin, C. G. Sur les pertes, qui précedent, accompagnent ou suivent l'accouchement. Paris. an. X. 8.
2270. Valentini. De morbis embryonum. Giess. 1704.
2271. Valle, F. Opera d'Obtetricia etc. III. Tom. Firenza. 1792-1793. 8. m. K.
2272. du Valli. Trattato del parto naturali e dei parti divenuti difficili per la cattiva situatione del feto. Parig. 1767. 8.
2272a. Valota, Oraz.: La levatrice moderna, opera necessaria elle canari. Bergamo. 1791. 8.
2273. Varrentrapp, J. C. Commentariolus in T. G. A. Roose de superfoetatione nonnulla libellum. Francof. ad M. 1803. 4.
2274. Vater, Chr., resp. C. Pezold. De abortu. Vit. 1698. 4.
2275. — resp. Weber. Diss. de mola. Viteb. 1702. 4.
2276. — De partu hominis post mortem. Viteb. 1714.
2277. — A. De abortu. Vit. 1711. 4.
2278. — Diss., qua uterus gravidus physiologice et pathologice consideratur. Viteb. 1722.
2279. — resp P. C. Berger. Diss. qua graviditas apparens ex tumore ovarii textri enormi orta per tres annos cum dimidio durans tandemque in asciten terminata exponitur. Viteb. 1722. 4. c. tab. aen.
2280. — Progr. ad H. J. Buchardi. Diss. de specif. antiepilept.— Hippomanes quid sit? unde ortum trahat? et cui usui inserviat. Virceb. 1725. 4.
2281. — De hymene, Viteb. 1727. 4.
2282. — Diss. de sarcomate e pudendo muliebri sectione sublato. Vitb. 1728. 4.
2283 — Mola praegnans abortus causa. Viteb. 1729. 4.
2284. — Brief aan den zeer voortreffélyken en beroemden Fred. Ruysch etc. Aangande de Krlugwyze spier in den Bodem van de Baermoeder ontdekt. Amsterd. 1728. 12. m. K.
2285. Vehr, J. resp. M. B. Kaldenbach. De abortu. Francf. ad V. 1684. 4.
2286. Veltheim, H. A. Diss. de incontinentia urinae ex partu difficili. Hal. 1724. 4.
2287. Venel, N. Unterricht für die Hebammen. A. d. Franz. mit Anmerk. Chur. 1782. 8.
2288. Venette, N. La generation de l'homme. II Tom. Hamburg. 1751. 12.
2289. Venosta, A. M. Discorso interno alla generazione e nascimento degli nomini. Venez. 1562. 8.
2290. Verdier-Heurtin. Diss. sur le fetus trouvé à Vernenevil dans le corps d'un enfant male. à Paris 1804. 8. cum tab. aen
2291. (du Verget.) Anfangsgründe der Wundarzneikunst und Unterricht f. d. Hebammen. Strassb. 1755. 8. 2 Bde.
2292. Verhandelingen uitgegeven door de Hollandse maatschappy der weetenschappen te Haarlem. Haarl. 1755-1793. 8. XXX Deel.
2293. — uytgegeven door het Zeeuwsch genootschap der weetenschappen te Vlissingen. Vlissingen. 1769-1793. 8. XV Deel.
2294. — van het batalsche genootschap der proefender vindelyke wysbegeerde te Rotterdam. Rotterd. 1774-1781. 4. VI Deel.

2295. Verhandelingen der eerste Klasse van het kon. Nederlandsche Institut van Wetenschappen, Letterkunde en schoone Kunsten te Amsterdam. Amsterd.

2296. — van het provinciaal Utrechtsch genootschap van Konsten en wetenschapen. Utrecht. 1785 4 III Deel.

2297. — van het genootschap ter bevordering der Heelkunde te Amsterdam. Amsterd 1793-1802 8. VII Deel

2298. — nieuw van het gen. d bevord d. H. te Amsterd. Amst. 1807 u 1813 II Vol. 8. m. K.

2299. — (Prysverhandelingen) bekroond door het genootschap ter bevordering der Heelkunde te Amsterdam. Amsterd. 1791-1803. 8. IV Deel.

2300. — van het genootschap ter bevordering van genees- en heelkunde, opgeregt tot Antwerpen, onder der zynspreuk: occidit, qui non servat. Antw 1798-1801. 8 III Deel.

2301. Vering, O. M. Cogitata medico-politica de necessitate matrimonium inituros instruendi de officiis erga ventris fructum. Monast. 1803. 8.

2302. Versmann. Diss. de uteri gravidi retroversione. Goett. 1799 4.

2303 Versuche für d. prakt. Heilkunde a. d. klinischen Anstalten von Tübingen.

2304. Veslin, A. De abortu Leid. 1703 4.

2305. Vespa, G. Trattato della arte obstetricia. Firenze. 1769 4.

2306. Vesti, J., resp. Habermas. De abortu. Erf. 1690. 4.

2307. — resp. J J. Appelius. D. de abortu Erf 1702. 4.

2308. — resp. G T Cronpusch. Casus de doloribus vehementissimis partum praegredientibus. Erf. 1696. 4.

2309 Vetter, G. Diss. de doloribus ad partum eorumque partitione. Marb. 1795. 8.

2310. — et H. C. M Fenner. Zwo Abhandlungen a. d. Geburtshülfe, über d. Wehen vor u. nach d Geburt. Marb. 1796. 8.

2311. — S. L. De separatione praeternaturali secundinarum. Jen. 1796.

2312. Viardel, C. Observations sur la Pratique des Accouchemens naturels, contre nature, monstrueux. Avec une méthode très facile pour secourir les femmes en toutes sortes d'accouchemens, sans se servir des crochets, ni d'aucun autre instrument, que de la maine seule etc. à Paris 1671. 1674. 8. — Avec des remarques qui servent d'éclaircissement et de supplément à l'ouvrage: ornées de figures en taille-douce. à Paris 1748 8. — Uebers.: V. Anmerkungen von der weiblichen Geburt, d. natürlichen u. unnatürlichen. Frankf. 1676. 8.

2312a. Vidart, V.: El discipulo istruido en el arte de partear. Madr. 1785. 8.

2313. Vieth, J. P. Diss. de ruptura perinaei Gott. 1800.

2314. Vieussen. R. Diss. de structura uteri et placentae muliebris. Colon 1712. 4.

2315. Visscher, J. u. H. van der Poll. Het Roonhuysians Geheim in de Vroedkunde entdekt etc. Tweeledige Verhandeling: De beschryving van de wyzen naar welken alleen de Roonhuys, Vroedmeesters Werken etc, Leid. 1754. 8.

2316. Vitriarius, C. A. C. Diss. de partu difficili propter nates ad os uteri conversas. Jen. 1787. 4.
2317 Voelkening. De laesionib. perinaei mulieb Goett. 1797.
2318 Voelter, Ch. Neu eröffnete Hebammenschul, oder nützliche Unterweisung christlicher Hebammen u. Wehemütter, wie solche sich vor, in u. nach der Geburt bei Schwangeren u. Gebärenden, auch sonst gebrechlichen Frauen zu verhalten haben. Sambt beygesetztem Unterricht, wie todte Kinder, die im Mutterleibe abgestanden, ohne Gefahr auszuziehen u. s. w. Stuttg 1679. 8. m. K. M e. Anh. verm. Ebend. 1687. 8. m. K. Dritte Aufl. 1722. 8 m. K.
2319. Vogel, J. H. Comment. physiol., qua foetum in utero non liquore amnii, sed sanguine per venam umbilicalem advecto nutriri ostenditur. Gott. 1761 4.
2320. — L. Taschenbuch für angehende Geburtshelfer, enthaltend e. vollständige Anleitung zur med. u. chir. Praxis d. Geburtshülfe. Auch unt. d. Titel: Vollständiges Lehrbuch d. med. u. chir. Geburtsh. Erf. 1798 1802 8.
2321. — R. A., resp. Appun. De non acceleranda secundinarum extractione. Goett. 1768.
2322. Vogelbusch, G F. Diss in. de abortu. Rost 1817. 8
2323. Vogler, J. P. Erfahrungen über Geburt u. Geburtshülfe. Marb. 1797. 8.
2324. Voigt, De vario capitis foetus in utero inprimis sub partu situ perverso
2325. — J. C Diss. de capite infantis abrupto variisque illud ex utero extrahendi modis Giess. 1743. c. tab.
2326 Voigtel, F G. Fragmenta semiologiae obstetriciae. Hal 1792 4. c. tab aen.
2327. Vollmar. Für Hebammen u. Mütter auf d. Lande M. e. Anmerk v. F. Hoffmann jun. Frankf. a. M 1793. 8.
2328. Vrolik et Luber. Diss de fetu maturo cum altero immaturo prioris placentae adhaerente uno partu edito. Amst. 1811. c. II tab. 8.

W.

2329. Wachter, T. B. Diss. de prolapsu et inversiones uteri. Hal. 1745. c. tab.
2329. Waert, J. van: Diss. de utero gravido devio, caussa partus difficilis et laboriosi. Lugd. Bat. 1768. 4.
2330 Wagenmann, G. E., praes. C F. Jaeger Disquisitio obstetricia: an in summo incuneationis capitis gradu praeferenda sit methodus nova Sigaultiana hactenus usitatae capitis perforationi vel et sectioni caesareae. Tub. 1779. 4.
2331 Wagentrutz. Wohl examinirte u. approbirte Hebamme. Nürnb 1737. 8.
2332. Wagner, C. Ch Diss in. de anchylosi ossium pelvis. Heidelb 1818. 4. c. 3 tab. aen.
2333 — C. F. Diss. de eclampsia exquisita in partu. Marb. 1817. 8.
2334. — G Commentatio de feminarum in graviditate mutationibus, nec non de causis, quibus fiat, ut integra earum valetudo cum hisce mutationibus consistat. Brunsv. 1816. 8.

2335. Wagner, F. Bemerkungen über die nachtheiligen Einwirkungen u. Folgen zu enger Kleider. Leipz. u. Sorau. 1823. 8.
2336. Waldkirch, J. U. de. Diss. de asphyxia neonatorum. Goett. 1793. 8.
2337. Waldschmid. Diss. de abortus facti signis in matris praesertim defunctae partibus generationi inservientibus reperiundis. Kilon. 1723.
2338. Waldschmidt, W. H. Diss. de superfoetatione falso praetensa. Hamb. 1727. 4.
2339. Walker, S. Observations on the constitution of women and on some of the diseases, to which they are especially liable. Lond. 1803. 12.
2340. Wall, A. Diss. de uteri retroversione. Hal. 1782. 4.
2341. Walter, F. A. Annotationes academicae. Berol. 1786. 4.
2342. — Betrachtungen über die Geburtstheile des weiblichen Geschlechts. Berl. 1776. 4. 3 K. Neue Aufl. Berl. 1793. 4. 3 K.
2343. — Geschichte e. Frau, die in ihrem Unterleibe ein verhärtetes Kind 22 Jahre getragen. Berl. 1774. 4. m. K.
2344. — Von d. Spaltung der Schambeine in schweren Geburten. Berlin. 1782.
2345. — De morbis peritonaei et vasis uteri. Berol. 1787.
2346. — Tabulae nervorum abdominis et thoracis. Berol. 1788. Fol.
2347. — Was ist Geburtshülfe? Berl. 1808. 8.
2348 — P. U. F. Diss. in. de versione foetus in caput. Dorp. 1819. 8.
2349. — Ph. J. Diss. de partu naturali ejusque vera causa. Argent. 1748. 4.
2350. Wanner, J. B. Diss. in. annotationes ad sectionem caesaream sistens. Tubing. 1825. 8.
2350a. Wardenburg, G. Briefe e. Arztes, geschrieben zu Paris etc. Zunächst f. Aerzte u. Statistiker. Goett. 1798. sq. I. II. Bd.
2351. Warnekros, T. U. De partubus regularibus et irregularibus. Jen. 1803. 4
2352. — E. U. Geburtshülfliche Abhandlungen. Rostock. 1808. 8. 2 Hefte.
2353. — Ueber geburtshülfliche Bildung. Greifsw. 1821. 4.
2354. Wasserberg, F. X v. Fasciculus I operum minorum medicorum et dissertationum. Vindob. 1775. 8.
2355. Watts, G. Reflexions on slow, and painfull labours, on other subjects on midwifery etc. Lond. 1755. 8.
2356. Wattmann, J. Ueber die Vorlagerungen in der Leistengegend. Wien. 1815
2357. Waxmuth, J. G De abortu. Lugd. Bat. 1670. 4.
2358. Weber: J. F. Diss. sistens observationem eclampsiae in partu. Marb. 1819. 8.
2359. Wechsung. De capitis abrupti et in utero relicti variis extrahendi modis. Heidelb. 1757.
2360. Wedel, G. W., resp. J. D. Biester. Diss. de notis gravidarum. Jen. 1690. 4.
2361. — et a Lanckish. Diss. de aegra mola laborante. Jen. 1714. 4.
2362. — J. A., resp. F. H. Germar. Diss. de partu difficili. Jen. 1730. 4.

2363. Wedel, J. A., resp. F. H. Geusenhainer. De abortu. 1741. 4.
2364. Wegeler, F. G. Das Buch d. Hebammen. Koblenz. 1800. 8. 2te Aufl.
2365. Weger. De partu praeternaturali propter clunes ad os uteri conversas. Argent. 1773.
2366. Wehemutter, Coburgische. Hildb. 1700. 12.
2367. — die sächsische. Frankf. u. Leipz 1701. 1705. m. F.
2368. — vorsichtige Lehren u. heilsame Arzneimittel zum Besten d. Wehem. auf d. Lande. 1720. 4.
2369. Weichardt, Th. T. De signis virginitatis et graviditatis. Lips. 1777. 4.
2370. Weidmann, J. P., praes. Siebold. Comparatio inter sectionem caesaream et dissectionem cartilaginis et ligamentorum pubis. Wirceb. 1779. 4.
2371. — In quaestionem: utrum forcipis usus in arte obstetricia utilis sit an nocivus resp. Mogunt. 1806. c. fig.
2372. — De officio artis obstetriciae concedendo solis viris. Mogunt. 1804. 4.
2373. — Annotatio ulterior, quomodo res ista intra virorum solas manus tradi possit. Mogunt. 1807. 4.
2374. — Entwurf der Geburtshülfe für seine Vorlesungen. Mainz. 1808. 8.
2375. — De forcipe obstetricia in quaestionem: an usus ejus in genere utilis sit, an nocivus? responsio revisa cum figuris et duabus annotationibus etiam revisis. Mogunt. 1813. 4.
2376. — Memoria casus rari in gynaeceis praecipue adnotandi: cum uteri antica facie omenti margo ex aliqua parte coaluerat, praeguans facta, medium graviditatis nondium assecuto, inopinato moritur. Mogunt. 1818. Fol. m. K.
2377. Weigand. Diss. de fluxu sanguinis in grav. Alt. 1736. 4.
2378. Weinhardt, von. Beschreibung einer merkwürdigen Operation durch den Kaiserschnitt. Bautzen. 1802. 8.
2379. Weinknecht, C. F. Diss. de conceptione extrauterina, accedit observatio conceptionis tubariae tabula aenea illustrata. Halae 1791. 4. (Auch in Schlegel's sylloge etc.)
2380. Weismann, J. Historia lithothocae mulieris. Tub. 1716. 4.
2381. Weiss, J. Ch., praes. Autenrieth. Diss. exhibens historiam partus ob figuram pelvis oblique cordiformem infausti Tubing. 1810. 8.
2382. — A. A. Neues Regulativ zur Wendung. Wien. 1824. 8.
2383. Weisse, praes. Boehmer. De structura uteri non musculosa sed celluloso-vasculosa. Viteb. 1784.
2384. Weissenborn, J. F. Anleitung zur Geburtshülfe für d. Hebammen des Erfurtischen Gebiets. Erf. 1780. 8. — Zweite Auflage: Anleitung etc. für Hebammen u. angehende Geburtshelfer, durchges. u. verm. v. L. Vogel. Erf. 1801. 8.
2385. — Von der Umkehrung der Gebärmutter. Erf. 1788.
2386. — Progr. sistens observationes duas de partu caesareo, et quaestiones de praecipuis hujus operationis momentis. Erford. 1792. 4.
2387. Weissman, et Wedel. Diss. partus difficilis ex infantis brachio prodeunte. Jen. 1732. 4.
2388. Weltczek, F. Diss. de utero retroflexo. Pragae. 1777. 8.

2388. Wenzel, A. J. Diss. de hydrocephalo congenito. 1823. 8.
2389. — C. Comparatio inter forcipes Levretianam, Smellianam, Leakianam et Johnsonianam. Mogunt. 1791.
2390. — Die Krankheiten d. Uterus. M. 12 K. u. eben so vielen Lineartafeln. Mainz. 1816. Fol.
2391. — Allgemeine geburtshülfliche Betrachtungen u. über die künstliche Frühgeburt. Mainz. 1818. 4.
2392. Werner, J. G. Spec. quaestionis mov. ubi manet urina foetus? Regiomont. 1759. 4.
2393. Werther, G. C. et J. Bohn. De abortu salubri. Lips. 1707. 4.
2394. Wessel, J. N. De partu cum haemorrhagia, ob placentam orificio uteri adhaerentem. Basil. 1753. 4.
2395. Westernacher, J. N. Diss. num et quatenus in nonnullis casibus partus foetus vel placentae celerius absolvendus sit, nec ne? Gissae. 1802. 4.
2396. Westphal, A. De necessitate uteri constitutionem rite inquirendi ad abortum praecavendum. Gryphisw. 1773. 4.
2397. Westphalen, F. Unterricht für Frauenzimmer über d. Verhalten in der Schwangerschaft, Niederkunft und Wochenbett. Höxter. 1805. 8.
2398. Wetzlar, G. De iis, quae in agripparum partu observanda sunt. Giess. 1760. 4.
2399. Weydlich, J. Lehre d. Geburtshülfe, zur Anwendung nach ächten Grundsätzen u. d. Erfahrung gemäss bearbeitet, auch mit practischen Anmerkungen durchgehends erläutert. 1. Th. Wien. 1797. 8.
2400. White, P. Diss. quaedam de ovario complectens. Edinb. 1815. 8.
2401. — C. On the menagement of pregnant an lying in women (Manchester. 1773. Appendix. 1777. 8. Uebersezt: V. d. Behandlung der Schwangern u. Kindbetterinnen. A. d. Engl. m. K. Leipz. 1775. 8.
2402. Wichert, J. J. Diss. de excrescentiis praeternatur. ex interiore pelvis muliebris superficie, earumque speciebus, causis, noxiis ratione graviditatis et partus, sequelis et cura. Goett. 1797.
2403. Widenmannin, Barb. Anweisung christlicher Hebammen. Augsburg. 1737. 2te Aufl. 1751. 8. m. K.
2404. Wiedemann, C. R. W. Unterricht für Hebammen. Braunschw. 1802. 8.
2405. — Ueber Pariser Gebäranstalten u. Geburtshelfer, den letzten Schamfugenschnitt, u. einige andere zu Paris beobachtete Geburtsfälle. Braunschw. 1803. 8.
2406. van der Wiel, St. P. Exercitatio de nutritione foetus. Lugd. Bat. 1686. 4.
2407. Wienholt, A. Sieben Vorlesungen über d. Entstehung d. Missgeburten. Herausgeg. v. J. C. F. Scherf. Brem. 1807. 8.
2408. Wigand, J. H. Diss. de noxa fasciarum infantum in primis quoad genitalia. Erlang. 1792.
2409. — Beiträge zur theoretischen u. practischen Geburtshülfe u. zur Kenntniss und Kur einiger Kinderkrankheiten. 1s Heft. m. 1 K. Hamb. 1798. 2s Heft. 1800. 3s Heft. 1808. 8

2410. Wigand, J. H. Einige Worte a. den Hrn Prof. Osiander in Göttingen. Hamburg. 1801.

2411. — Von den Ursachen u. d. Behandlung d. Nachgeburtszögerungen. Hamburg. 1803. 8.

2412 — Ueber d. Geburtsstühle u. Geburtslager. Hamb. 1806. 8. m. 1 K.

2413 — Drei den med Fakultäten zu Paris u. Berlin zur Prüfung übergebene geburtshülfliche Abhandlungen. Hamb. 1812. 4. m. 1 K.

2414. — Die Geburt des Menschen, in physiologisch diätetischer und pathologisch-therapeutischer Beziehung, grösstentheils nach eigenen Beobachtungen u. Versuchen. Herausgeg. von F. C. Naegele. 2 Bde. Berlin. 1820 8. M. 4 Steindrucktaf.

2415. Wildberg, C. F. L. Ueber d. Nothwendigkeit der Berücksichtigung d. Beckens zur jedesmaligen Bestimmung d. angemessensten Lage d. Gebärenden. Leipz. 1827. 4.

2416 Wildes, F. G. Diss. de adminiculis chirurgicis ante partum administrandis. Gott. 1765. 4.

2417. Willius, W. L. Grundlegung e. nöthigen Unterrichts für Hebammen. Basel. 1758. 8.

2418. Willougby, C. Vroedkundige Aanmerkingen. Leiden. 1754. 8.

2419. Wind, P. de. De abortu. Leiden. 1735. 4.

2420. — T'geklemd Hoofd geredt door etc. Middelb. (1754) 8.

2421. Winiker, G. C. Diss. de uteri haemorrhagia gravidarum. Gott. 1797. 4.

2422. Winkler, A. B. Diss. de situ uteri obliquo. Gott. 1745. 4.

2423. — D. Animadversiones de vita foetus in utero — foetum matre mortua vivum ex ventre matris eximi posse, neque concedendum, ut femina gravida sepeliatur, priusquam vivus an mortuus sit, exploratum fuerit. Jen. 1630. 4.

2424. — J. J. L Ueber einige Vorzüge d künstlichen Frühgeburt vor d. Perforation. Würzb. 1822. 8

2425. Winter, A. Beschreibung e. Harnrecipienten f. Frauen. Heidelb. 1817.

2426. Witte, H. F.. praes. Fick. De abortu epidemico. Jen. 1697. 4.

2427. Wittekop, A. H. T. Diss. de forcipe obstetric. vario capitis situi accommodanda. Berol. 1825. 8.

2428. Wittich, J. Tröstlicher Unterricht für schwangere u. gebährende Weiber Leipz. 1591. 4.

2429. Wittig, J. P. Diss. sistens observationem vaginae in parturiendi negotio disruptae. Berol. 1822. 8.

2430. Wltzeck, J. (cf. No. 2388.)

2431. Wochenblatt medicinisches für Aerzte, Wundärzte und Apotheker. Frankf. 1780 et seq.

2432. Wockaz, F. F., praes. Ludwig. Diss. exhibens graviditatis et hydropis uteri ambiguae exempla. Lips. 1813. 4.

2433. Wolf, C. Gynaeciorum seu de mulierum, tum aliis tum gravidarum, parturientium et puerperarum affectibus. Basil. 1566. 4. (Begonnen v C. Gesner)

2434. — J. L. J., praes. Voigt Diss. de exploratione orificii uteri gravidi signis saepe dubiis stipata. Witeb. 1803. 4.

2435. Wolff, A. Diss. de vecte Roonhuysiano emendato. Tyrnav. 1777. 4.
2436. — G. A. B. De metrorrhagia. Lips. 1811.
2437. Wolfart, C. J. Diss. de foetu monstroso dublici. Marb. 1725. 4.
2438. — C. Askläpieion, ein allgemeines medicinisch-chirurgisches Zeitblatt für alle Theile d. Heilkunde u. ihre Hülfswissenschaften. Halle. 1811-1812. 8.
2439. — Neues Askläpieion etc. Ebendas. 1813. 1814. 8.
2440. Wormes, Diss. de vi thoracum in feminae corpus, formam, partum et lactationem. Hal. 1787. 8.
2441. Wreden, J. E. Kurzer Unterricht für die Hebammen u. s. w. Hannover. 1727. 8.
2442. Wrisberg, H. A. De respiratione prima, nervo phrenico et calore animali. Gott. 1763. 4.
2443. — Diss., def. S. F. Scheffel. Observationes et analecta de foetu natibus in partu prodeunte. Goett. 1770. 4.
2444. — De vita foetuum humanorum in utero dijudicanda. Goett. 1772. 4.
2445. — De secundinarum humanarum varietate. Ibid. 1773. 4.
2446. — Observat. med. obstetric. De signis vivi foetus et mortui in partu difficili rite interpretandis. Part. I. et II. Goett. 1780. 1781. 4.
2447. — Diss., resp. G. W. Spangenberg, sistens observat. obstetric. de partu clunibus praev. peracto decadem. Gött. 1780. 4.
2448. — Experimenta et observationes anatomicae de utero gravido, tubis, ovariis et corpore luteo quorundam animalium cum iisdem partibus in homine collatis. Goett. 1783.
2449. — Observ. anatom. obstetric. de structura ovi et secundinarum humanarum in partu maturo et perfecto collecta. Goett. 1783. 4 m. 1 K.
2450. — Uteri humani gravidi et nonnullorum quadrupedum comparatio. P. I et II. Goett. 1781. 1782.
2451. — Commentatio de uteri mox post partum naturalem resectione non lethali, observatione illustrata, cum brevissima principiorum lethalitatis sciagraphia. Goett. 1787. 4.
2452. — Commentationum anatomici, medici, physiol., obstetricii argumenti etc. Vol. I. Goett. 1800.
2453. Würtz, F. Praktyk der Wundarzney mit D. Scheviy anatomischen Bericht übersehen und mit einem niemal in Druck gekommenen Hebammenbuch verm. durch A. Würtzen. Bas. 1669. Strassb. 1697. 8. m. K.
2454. van Wy, G. J. De Uitvoerlykheit en Nuttigkeit der Schambeendoorsnyding. Amterdam. 1806.
2455. — Sammlung einiger wichtigen Wahrnehmungen aus der Wundarznei und Geburtshülfe. Stendal. 1794. 8.

Z.

2456. Zang, C. B. Darstellung blutiger heilkünstlerischer Operationen etc. 2te Aufl. 1817-1820. 4 Thle. 8.
2457. Zapata, D. M. Diss. med. theologica de la operazion del parto cesareo. Madr. 1730. 4.

2458. Zauschner, J., resp. B. Rzika. De causa ordinaria et generali primam inspirationem in foetu excitante. Prag. 1769.
2459. Zechin, A. L. G. Diss. de molarum conformatione. Goett. 1818. 8.
2460. Zeller. De vita humana ex fune pendente. Tub. 1692.
2461. — C. Diss. de cephalaematomate, seu sanguineo cranii tumore recens natorum. Heidelb 1822. 8.
2462. — S. Bemerkungen über einige Gegenstände a. d. prakt. Entbindungskunst nebst d. Beschreibung e. allgemeinen Gebärhauses. Wien. 1789. 8. m. K.
2463. — Grundsätze der Geburtshülfe. Wien. 1781. 8. 2te Aufl. unt. d. Tit.: Lehrbuch der Geburtskunde. Wien. 1803. 8. m. K. — 3te verb. u. verm. Aufl.: C. Zeller's von Zellenberg's Lehrb. etc. Wien. 1807. 8.
2464. Zeitschrift für Natur- u. Heilkunde, herausgegeben von Brosche, Carus, Ficinus, Francke, Kreyssig etc. Dresden.
2465. — gemeinsame deutsche für Geburtskunde, herausgeg. von D. W. H. Busch, L. Mende u. F. A. Ritgen. Weim. 1826.
2466. Zeitung, med.-chir. Herausgeg. von J. J. Hartenkeil. Salzb. 1790-1794. 8. — mit F. X. Mezler; dann allein v. 1795-1808. Nachher fortges. v. J. N. Ehrhart. 1808 bis auf d. jetzige Zeit. Bis 1829 erschienen 32 Ergänzungsbände.
2467. Zeitmann, B. De signis et curatione polyporum uteri. Jen. 1790.
2467a. Zeppenfeld, B. D. sist. casum singularem carcinomatis uteri cum graviditate conjuncti Berol. 1828. 8.
2468. Zernial, F. Ch. H. Diss. in. de necessario perforatorii usu. Bonn. 1822.
2469. Ziegler. Diss. sistens vitia orificii uteri, quae partum difficilem reddunt. Berol. 1829.
2469a. Ziermann, J. B. Die naturgemässe Geburt des Menschen. Berlin. 1817. 8.
2470. — Betrachtung über zu frühe Durchschneidung und Unterbindung der Nabelschnur, als Urgrund der häufigen und gefährlichen Krankheiten des Menschengeschlechts. M. e. Vorr. von Prof. Wolfart. Berl. 1817.
2471. Zimmer. J. C. Physiol Untersuchungen über Missgeburten, nebst Beschreibung u. Abbildung einiger Zwillings-Missgeburten. Rudolstadt. 1806. 8. m. 5 K.
2472. Zimmermann, J. E., praes. K. G. Kühn. Diss. de putrescentia uteri adjecta morbi hujus observati historia. Lips. 1815. 4.
2473. Zornn, B. De abortu. Altd. 1663. 4.
2474. Zschichlinsky, G. F. De sectione symphyseos ossium pubis. Jen. 1781.
2475. Zückert, J. F. Von der Diät d. Schwangeren u. Sechswöchnerinnen. 3te Auflage. Berlin. 1791. 8.

In der Verlagshandlung erschien und ist durch alle Buchhandlungen zu beigesetztem ermässigtem Preisse zu haben:

Systematisches Repertorium der gesammten medizinischen Literatur Deutschlands. Herausgegeben von Dr. W. H. Busch. Jahrgang 1828. 3 Bde. mit vollständigem Sach- und Namenregister: Rthl. 4. — Dessen 2r Jahrg. 1829. 1r Bd. auch als Supplement-Band zu vorigem Rthl. 2.